

SEE FOLLOWING NOTE

PLEASE NOTE THAT PAGINATION APPEARS
IRREGULAR, BUT THE TEXT IS COMPLETE.

VOIR NOTE CI-APRÈS

VEUILLEZ NOTER QUE LA PAGINATION EST
ERRONÉE MAIS LE TEXTE EST INTÉGRAL.

Micromedia
ProQuest

789 East Eisenhower Parkway
PO Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
toll free: 1-800-521-0600
fax: (734) 997-4247
web: www.micromedia.ca

**IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING
PAGES**

**THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED
TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST
REPRODUCTIVE QUALITY**

**USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES
REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN
A COMPLETE READING OF THE TEXT.**

**REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES
PAGES QUI SUIVENT**

**LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN
DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE
REPRODUCTION**

**LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES
LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN
D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL**

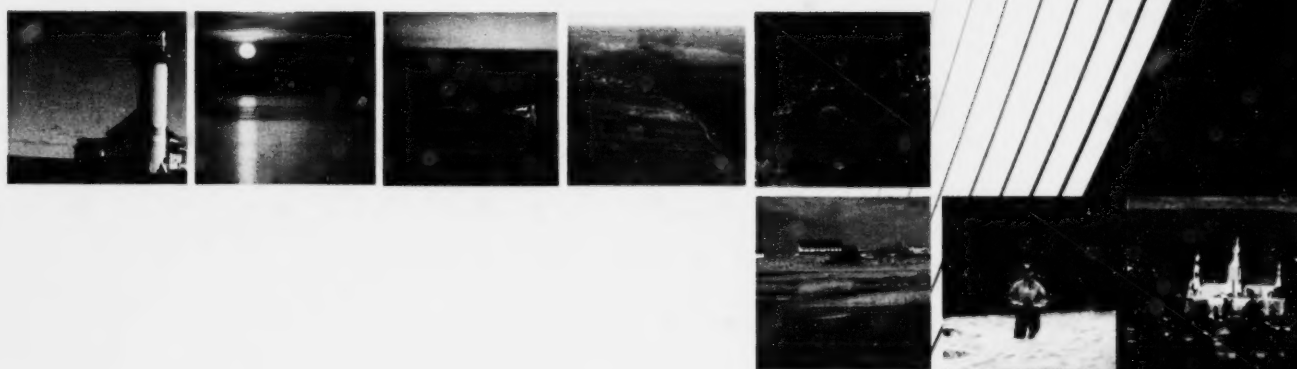
Micromedia
ProQuest

789 East Eisenhower Parkway
PO Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
Toll free: 1-800-521-0600
Fax: (734) 997-4247
Web: www.micromedia.ca


2008 Rapport annuel
2009 de gestion

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

2008 Rapport annuel
2009 de gestion



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec 

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

288, rue Pierre-Saindon, 1^{er} étage

Rimouski (Québec) G5L 9A8

Téléphone : 418 724-5231

Télécopieur : 418 723-1597

www.agencessbsl.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration

Le 30 septembre 2009

Production

Direction des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Édition

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-923362-21-2

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Photo page couverture : Tourisme BSL

Table des matières

Sigles et acronymes	5
Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration	7
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents	9
 1 Présentation de la région et des réseaux locaux de services	
1.1 Territoire et population	13
1.2 Bilan de santé et déterminants	14
1.3 Réseaux locaux de services	15
 2 Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	
2.1 Mission, rôle et responsabilités	25
2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme	27
2.3 Conseil d'administration	29
2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	30
2.5 Comité de vigilance et de la qualité	31
2.6 Forum de la population	32
2.7 Comité de vérification	33
2.8 Département régional de médecine générale – Comité de direction	34
2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	36
2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques	37
2.11 Commission infirmière régionale	38
2.12 Commission multidisciplinaire régionale	39
2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes	40
2.14 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise	41
 3 Faits saillants de l'année et suivi de l'entente de gestion	
3.1 Bilan général de l'entente de gestion	45
3.2 Rubrique « Un réseau qui innove et qui se démarque! »	47
3.3 Programme de santé publique	54
3.4 Services généraux	56
3.5 Programme santé physique	59
3.6 Projet clinique « Jeunes »	71

3.7	Projet clinique « Santé mentale incluant le suicide et les dépendances »	76
3.8	Projet clinique « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »	83
3.9	Projet clinique « Maladies chroniques et cancer »	88
3.10	Déficiences physique (DP), déficiences intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)	92
3.11	Dossier qualité	96
3.12	Organismes communautaires	102
3.13	Ressources humaines	103
3.14	Ressources informationnelles et intégration des services	109
3.15	Projets d'immobilisations et achats d'équipements médicaux spécialisés	112

4

Données financières 2008-2009

4.1	Résultats financiers de l'Agence	117
4.2	Allocations des ressources financières aux établissements	142
4.3	Allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits	144

Annexes

I	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	151
II	Rapport annuel 2008-2009 et avis du Forum de la population	156

Sigles et acronymes

A	AEC	Attestation d'études collégiales
	AMP	Activité médicale particulière
C	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CAUREQ	Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec
	CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
	CH	Centre hospitalier
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
	CMV	Clinique médicale virtuelle
	COSMOSS	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé scolarisé et en santé
	CR	Centre de réadaptation
	CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
D	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
	DEC	Diplôme d'études collégiales
	DI	Déficience intellectuelle
	DMS	Durée moyenne de séjour
	DP	Déficience physique
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSQ	Dossier de santé du Québec
	DSQ	Dossier de santé du Québec
F-G	FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
	FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
	GMF	Groupe de médecine de famille
I	ICCA	Institut canadien des comptables agréés
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	ISQ	Institut de la statistique du Québec
L-M	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

O-P	OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières régional
	OMS	Organisation mondiale de la santé
	PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
	PAMTA	Protocole d'administration de médicaments
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Président-directeur général
	PDSB	Programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
	PI	Plan d'intervention
	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
	PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PRSC-MS	Plan régional de sécurité civile-mission santé
	PSI	Plan de service individualisé
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
	PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
	PTI	Plan thérapeutique infirmier
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
	RI	Ressource intermédiaire
	RIPU	Regroupement et implication des personnes utilisatrices
	RLS	Réseau local de services
	RTF	Ressource de type familial
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SARA	Service ambulatoire radiologique accessible
	SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
	SIGACO	Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien
	SIGDU	Système d'information sur la gestion des urgences
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	TAP	Technicien ambulancier-paramédic
U-V	TED	Trouble envahissant du développement
	UL	Université Laval
	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	URLS	Unité régionale du loisir et du sport
	VADA	Ville-amie des aînés

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration



Claude Lévesque

C'est avec beaucoup de fierté que nous rendons public notre rapport annuel de gestion 2008-2009. La lecture de ce rapport vous permettra de constater que les résultats atteints font en sorte que notre belle région se compare avantageusement à l'ensemble du Québec sous plusieurs aspects.

Les informations présentées dans ce rapport annuel de gestion témoignent des efforts consentis par l'Agence pour atteindre les objectifs qu'elle s'était fixés. Elles rendent également compte de l'engagement de tous les établissements de la région ainsi que de leur personnel afin de rendre accessible à la population de tout le Bas-Saint-Laurent une gamme de services de santé et de services sociaux répondant à leurs besoins.



Jean-Paul Morin

Spécifiquement, en regard des cibles de l'entente de gestion, les résultats que nous avons atteints rejoignent ou dépassent les objectifs convenus dans plusieurs des situations. Les secteurs qui atteignent de tels résultats concernent les services hospitaliers dans le secteur de la chirurgie et de la radio-oncologie particulièrement, le soutien à domicile pour les personnes handicapées, les services spécialisés en protection de la jeunesse, les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.

Dans ce dernier secteur, l'amélioration de l'accessibilité aux services de soutien à domicile, qui s'inscrit dans les objectifs régionaux visant à offrir des services dans le respect des attentes des personnes de demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible, fait en sorte que, dans plusieurs territoires, la demande pour l'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est en nette diminution.

Dans d'autres secteurs, les investissements consentis par l'Agence, particulièrement en santé mentale et en déficience physique, permettent de noter une amélioration de la situation en fin d'année financière ce qui laisse présager une progression de la clientèle rejointe pour 2009-2010.

Par ailleurs, l'arrivée d'un septième groupe de médecine de famille, le GMF de Matane, a permis d'améliorer l'offre de services médicaux, ce qui fait en sorte que plus de 68 000 personnes sont maintenant inscrites à un GMF dans la région. De plus, la venue prochaine d'un GMF dans Rimouski-Neigette fera en sorte que, dans un avenir rapproché, sept des huit territoires de réseau local de services (RLS) de la région pourront compter sur ce type d'infrastructure.

De même, les travaux sur la venue d'un centre hospitalier affilié universitaire, né de discussions entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence, le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, l'Université Laval, l'Université du Québec à Rimouski et d'autres partenaires régionaux ou d'autres régions, ont progressé en cours d'année et un premier groupe d'étudiants en médecine poursuivra sa formation à l'Hôpital régional de Rimouski en septembre 2009.

Parmi les faits marquants de l'année, il nous faut également mentionner la réalisation d'une importante activité pour la préparation à une éventuelle pandémie d'influenza. C'est ainsi que dans tous les territoires de la région, des cliniques de vaccination contre l'influenza ont été tenues sous un mode de vaccination de masse permettant la vaccination de plus de 12 000 personnes dans un laps de temps très court. Cette activité a été l'occasion de créer un modèle d'organisation de services communautaires dans laquelle quelque 300 employés du réseau se sont associés à autant de bénévoles afin de tenir ces cliniques dans une ambiance telle que la clientèle et les intervenants impliqués ont recommandé sa poursuite sur une base régulière.

Une avancée significative a également été effectuée dans la reconnaissance de nouveaux organismes communautaires dans la région. En effet, il a été décidé de lever le moratoire sur la reconnaissance de nouveaux organismes communautaires dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires. Assortie de critères de reconnaissance mieux adaptés à la réalité actuelle et soutenue par un plan de financement sur trois ans, cette orientation régionale fait de la région du Bas-Saint-Laurent la seule région cette année à s'engager financièrement de la sorte envers le milieu communautaire, et ce, dans un contexte économique difficile.

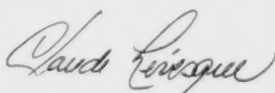
Un autre secteur important qui a fait l'objet d'attention au cours de la dernière année concerne celui du personnel du réseau. Bien que la région se compare avantageusement à d'autres régions du Québec dans le contexte de la précarité ou de la pénurie actuelle de personnel dans certains secteurs, cette préoccupation représente un défi certain pour l'avenir. De ce fait, plusieurs interventions sont effectuées au niveau de la planification, du recrutement et de la rétention de la main-d'œuvre.

Une intervention digne de mention a également été effectuée en cours d'année à l'initiative des établissements et soutenue par l'Agence pour la valorisation du personnel du réseau. Sous le thème « Des gens de cœur au service de la population », des activités dans les établissements et les médias locaux et régionaux ont été tenues pour souligner la tenue d'une première semaine de valorisation des ressources humaines, une initiative unique au Québec et qui se poursuivra annuellement dans la région.

Concernant les finances du réseau, mentionnons que les établissements de la région ont réussi, dans l'ensemble, à atteindre l'équilibre budgétaire ou à rejoindre les cibles déficitaires autorisées. Fait intéressant à souligner, les établissements de la région ont globalement réussi à dégager un surplus budgétaire au terme de l'exercice 2008-2009, ce qui place la région dans une situation avantageuse.

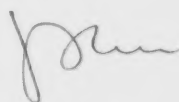
Nous espérons que ces quelques mots d'introduction vous auront donné le goût de prendre connaissance de notre rapport annuel de gestion 2008-2009. Nous espérons également que sa lecture vous permettra de juger, à sa juste valeur, de l'engagement de notre réseau envers l'amélioration constante des services de santé et des services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Le président du conseil d'administration,



Jean-Paul Morin

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

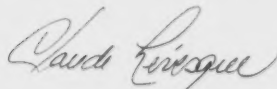
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- ↳ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- ↳ présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- ↳ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

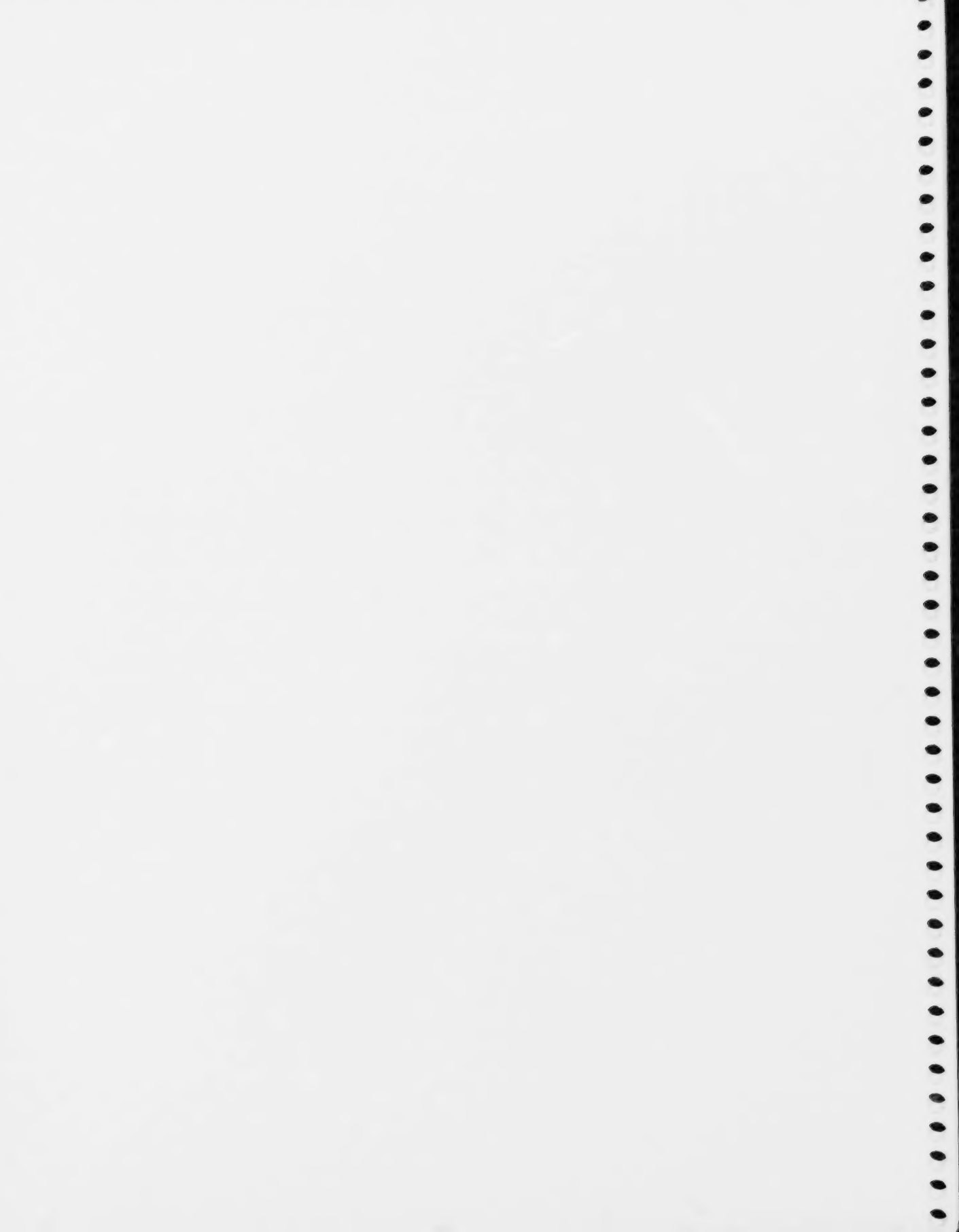
Le président-directeur général,



Claude Lévesque

1

PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES



1.1 Territoire et population

Les 101 546 femmes et les 100 522 hommes (202 068 au total¹) que comptent les 8 territoires de MRC (municipalité régionale de comté) du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans 117 municipalités. Plusieurs de ces villes, villages et paroisses sillonnent le fleuve sur ses quelque 300 km de côte entre La Pocatière et Les Méchins. Les autres sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidents. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 300 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2001 à 2006, les projections de population calculées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) prévoyaient une diminution d'environ 2 % de la population bas-laurentienne. Les données du recensement de 2006 ont démontré que la diminution fut légèrement moindre (-1,4 %). À l'échelle des territoires municipaux, selon les estimations de population de l'ISQ pour 2007², on peut observer des variations démographiques; des 117 villes et villages que compte la région, 85 ont vu leur population diminuer (5 285 personnes au total) et 32 ont enregistré des hausses (2 405 personnes au total). Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent dans cette liste : Matane (-463), Amqui (-278), Trois-Pistoles (-268), Pohenégamook (-256), Causapsal (-213) et Dégelis (-189). Rivière-du-

Loup (+656), Rimouski (+388), Saint-Antonin (+396) et Sainte-Luce (+81) font partie des municipalités qui ont vu s'accroître leur population pour la période de 2001 à 2007.

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2008, quelque 35 500 personnes du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 18 % de la population totale de la région, soit 3 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Dix années plus tôt, en 1998, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Malgré le regain de natalité au Bas-Saint-Laurent depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes, principalement les 15 à 24 ans, qui la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait amener une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait que les premiers « baby-boomers » franchiront les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 53 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (45 %).

1 Population selon le groupe d'âge et le sexe, Bas-Saint-Laurent et Québec, 1996, 2001 et 2004-2008, Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé, avril 2009.

2 Estimation de la population des municipalités du Québec au 1^{er} juillet des années 1996 à 2007, selon le découpage géographique au 1^{er} janvier 2008, Institut de la statistique du Québec, des statistiques sociales, démographiques et de santé, février 2008.

1.2 Bilan de santé et déterminants

BILAN DE SANTÉ

Bien que, dans l'ensemble, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Par exemple, étant donné que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,6 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2003 à 2005, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de décès par suicide plus élevés.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Toutefois, le Bas-Saint-Laurent se démarquerait de la province quant au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2008, près de 5 000 adultes de la région étaient considérés,

en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,8 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé étant donné que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. L'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Kamouraska) et celle qui l'est le moins (Témiscouata). On note aussi que l'auto-évaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire. On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent

que dans la province. Toutefois, il est à mentionner que la population de la région aurait avantage à accroître sa consommation de fruits et de légumes. Les derniers chiffres à ce chapitre (2007) illustrent que 53 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus en consomment moins de 5 portions par jour. Au Québec, cette proportion est de 51 %.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 48 % en 2005. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes très actives et actives est passée de 26 % à 38 %.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on

observe un peu moins de personnes qui vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit, en 2006, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 28 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (22 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera. En effet, on observe, depuis quelques années, que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en 2006-2007, 19 % n'ont ni diplôme ni qualification, alors qu'ils sont 25 % au Québec.

1.3 Réseaux locaux de services

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

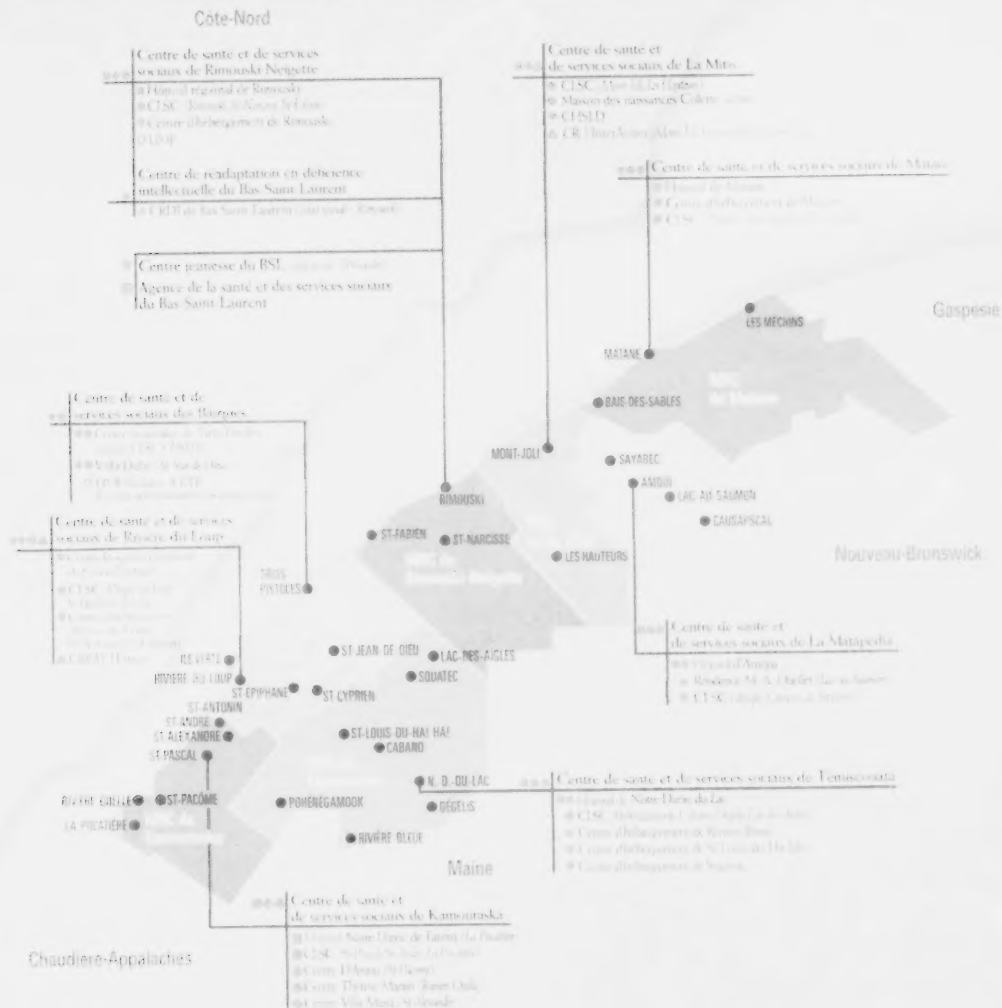
Il faut toutefois noter que beaucoup d'autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi impliqués dans chacun de ces territoires, et le rapport annuel propre à chaque établissement peut en témoigner de manière plus explicite.

Les tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale de services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points en matière de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

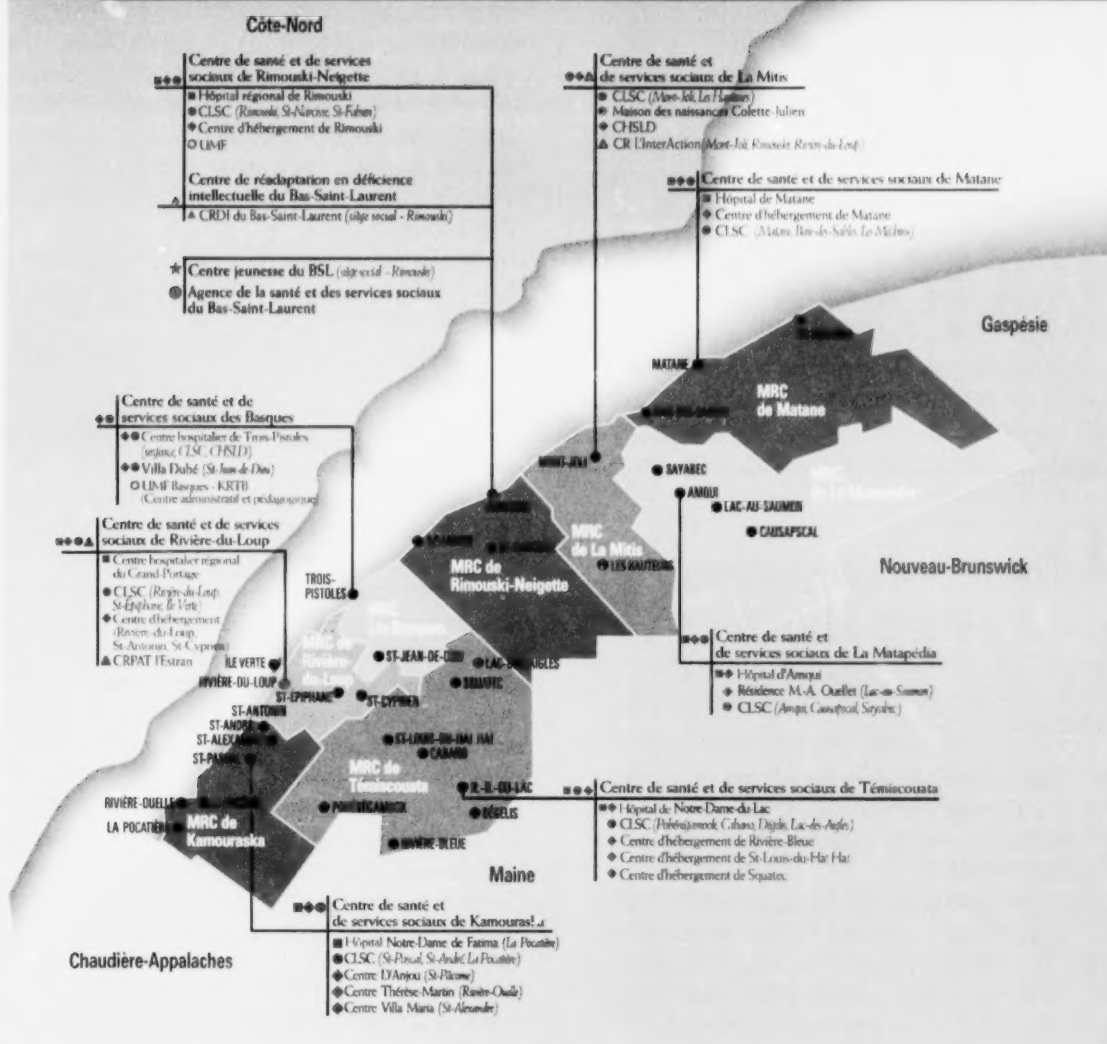


LEXIQUE ET LÉGENDE

- CHSGS : Centre hospitalier de santé générale et spécialisée
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ▲ CRPOI : Centre de réadaptation pour enfants et adolescents
- △ CRDP : Centre de réadaptation - Adultes et adolescents
- ▲ CRPAT : Centre de réadaptation pour personnes atteintes de déficience intellectuelle
- ▲ CRPJ : Centre de promotion de l'enfant et de la jeunesse
- ▲ CRJDA : Centre de réadaptation - Jeunesse et adolescents
- ASSS : Agence de santé et de services sociaux
- UMF : Unité de médecine familiale

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations



LEXIQUE ET LÉGENDE

- CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CRPDI : Centre de réadaptation pour personne déficiente intellectuelle
- CRDP : Centre de réadaptation - déficience physique
- CRPAT : Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
- CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CRJDA : Centre de réadaptation - jeunes en difficulté d'adaptation
- ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
- UMF : Unité de médecine familiale

État des effectifs et ressources au niveau régional	
Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux	
Au 31 mars 2009	
Effectifs et ressources	Caractéristiques
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 426 médecins, dont 250 médecins omnipraticiens et 176 spécialistes, une augmentation de 16 médecins au total depuis un an. Les plans d'effectifs autorisés par le Ministère (2009) sont respectivement de 261 médecins omnipraticiens et de 222 spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Sept GMF sont en activité dans la région et plus de 68 537 personnes y sont inscrites.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 39 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 56 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 19 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier, dont 17 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 59 dentistes généralistes répartis dans 43 cliniques dentaires et 6 dentistes spécialistes, dont 2 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF) Ressources intermédiaires (RI)	La région peut compter sur un réseau de : <ul style="list-style-type: none"> ↳ 135 familles d'accueil pour les enfants (336 places reconnues); ↳ 153 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (682 places reconnues); ↳ 76 ressources intermédiaires : 48 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 3 pour les jeunes, 9 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 15 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 801 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Résidences privées pour personnes âgées	On dénombre dans la région 171 résidences inscrites au <i>Registre des résidences privées pour personnes âgées avec services</i> . Au 31 mars 2009, 37 certificats de conformité ont été délivrés par l'Agence.
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants impliquent 42 personnes et sont présents dans 3 municipalités et sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 11 réparties en 17 points de service et comptent 194 techniciens ambulanciers-paramédics.
Organismes communautaires	La région compte 126 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, ils reçoivent un financement annuel de plus de 14 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 503 personnes représentant 6 017 postes équivalents temps complet (2007-2008), dont 273,3 cadres équivalents temps complet et 5 744 syndiqués et non-syndiqués équivalents temps complet. La moyenne d'âge du personnel reste stable puisqu'au 31 mars 2008, elle était de 43,76 ans, tandis qu'au 31 mars 2009, elle était de 43,80 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	22 019	17	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB La Pocatière : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation du CH et point de service du CLSC ☞ Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent (L'Estran) Saint-Pascal : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS et localisation du CLSC ☞ Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI) Saint-André : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC Saint-Pacôme, Rivière-Ouelle et Saint-Alexandre : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation de CHSLD
Rivière-du-Loup	34 035	14	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB Rivière-du-Loup : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD ☞ Centre administratif et point de service de L'Estran ☞ Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ☞ Point de service et deux unités de réadaptation du CJ ☞ Point de service du CRDI ☞ Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent Saint-Cyprien : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service de L'Estran ☞ Localisation d'un CHSLD Saint-Antonin : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation d'un CHSLD Saint-Épiphanie et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Points de service du CLSC
Témiscouata	21 632	20	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB Notre-Dame-du-Lac : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD ☞ Point de service de L'Estran Cabano : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDI Dégelis et Lac-des-Aigles : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Points de service du CLSC Pohénégamook : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC et urgence de stabilisation Rivière-Bleue : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Squatec : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation de CHSLD

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Les Basques	9 335	11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB <p>Trois-Pistoles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD ☞ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI ☞ Unité de réadaptation du CJ <p>Saint-Jean-de-Dieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC <p>Saint-Clément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	54 165	10	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS (mission CH) offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte-Nord, il est centre désigné pour la banque de sang pour les établissements du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie ainsi que du CH de Baie-Comeau ■ Le CSSS opère une UMF <p>Rimouski :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF ☞ Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ ☞ Point de service de L'Estran ☞ Siège social du CRDI et point de service du CRDI ☞ Point de service de L'InterAction ☞ Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent <p>Saint-Marcellin, Saint-Narcisse et Saint-Fabien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Points de service du CLSC
La Mitis	19 466	16	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ■ Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-Santé ■ Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien <p>Mont-Joli :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD ☞ Centre administratif et point de service de L'InterAction ☞ Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDI <p>Les Hauteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC <p>Price :</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation de lits de longue durée psychiatrique opérés par le CSSS de Rimouski-Neigette

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
La Matapédia	19 386	18	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Amqui : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS ☞ Localisation du CH ☞ Localisation du CLSC ☞ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI Causapscal et Sayabec : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Points de service du CLSC Lac-au-Saumon : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Localisation du CHSLD
Matane	22 308	11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) Matane : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Siège social du CSSS ☞ Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD ☞ Point de service de L'Estran, du CRDI, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ Baie-des-Sables : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC Les Méchins : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Point de service du CLSC
TOTAL	202 068	117	<ul style="list-style-type: none"> ■ 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ■ 2 urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) ■ 15 sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ■ 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant 26 points de desserte ■ 1 maison des naissances ■ 1 centrale régionalisée Info-Santé ■ 1 centre jeunesse (CJ) ayant 8 points de service en protection de la jeunesse et 7 unités de réadaptation ■ 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et 10 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et 3 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et 10 points de desserte ■ 2 unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent						
Établissements et partenaires en santé et services sociaux						
Territoire	Budget Base annuelle (en millions de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	35,2	464	4		5	13
Rivière-du-Loup	77,5 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 167	6	2	10	20
Témiscouata	30,4	412	5	1	8	16
Les Basques	12,9	217	1	1	3	6
Rimouski-Neigette	137,0	1 797	14		16	35
La Mitis	38,9 (incluant le budget du CR L'InterAction)	577	2	1	5	10
La Matapédia	30,4	371	3	1	4	13
Matane	38,7	669	6	1	5	13
Établissements régionaux	CJ : 26,9 CRDI : 27,9	CJ : 355 CRDI : 314				
Sous-total établissements	455,8					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 14,4 Organismes communautaires : 14,5 GMF : 2,1 Technocentre régional : 1,8 Autres : 0,5					
TOTAL	489,1	6 343	41	7	56	126

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2008-2009, page 234 (ressources humaines de l'établissement).

** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.



2

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DU BAS-SAINT-LAURENT



2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit assumer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de leurs droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;

- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs** :

➤ La coordination des services (art. 352 à 370) :

- Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
- Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

☞ La gestion des ressources (art. 376 à 385) :

- Élaborer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
- S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
- Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

☞ L'allocation des ressources (art. 350-351) :

- Allouer les budgets destinés aux établissements;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires;
- Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
- Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

☞ La santé publique (art. 371 à 375) :

- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du *Plan d'action régional en santé publique*.

☞ L'organisation des services (art. 346.1 à 349) :

- Élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- Élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

☞ Les priorités de santé et de bien-être

(art. 346-346.0) :

- Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
- Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration et peut être consulté sur le site Internet de l'Agence à

l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca. Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme qui a été révisé par le conseil d'administration de l'Agence le 10 décembre 2008.

EFFECTIFS DE L'AGENCE (en date du 31 mars 2009)	2008-2009	2007-2008
Cadres		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9	9
■ Temps partiel (ETC) Nombre de personnes : équivalents temps complet ^(a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,45	0,45
■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	66	64
■ Temps partiel (ETC) Nombre de personnes : équivalents temps complet ^(a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels		
■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	13 367,21	13 335
■ Nombre d'employés en équivalence temps complet ^(b)	7,32	7,26
TOTAL	80,71	76,94

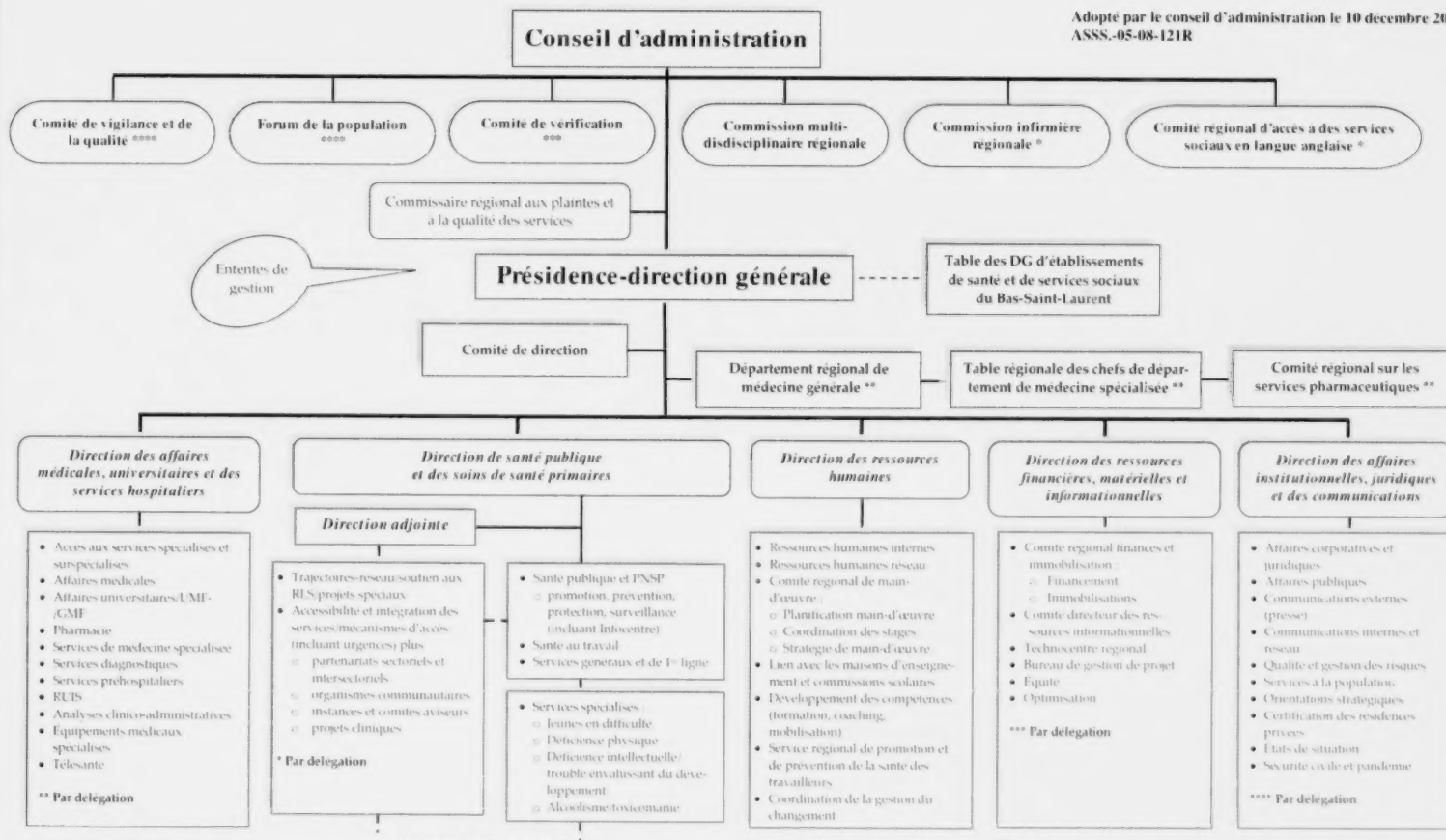
(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008
ASSS.-05-08-121R



2.3 Conseil d'administration

Vacances en cours d'année

Le siège d'un des membres cooptés a été vacant en cours d'année à la suite de la démission de son titulaire. Le Ministère a par ailleurs amorcé en octobre 2008 les consultations visant à renouveler le mandat des membres du conseil d'administration venant à échéance le 30 janvier 2009. Ces postes seront finalement comblés en début d'année financière 2009-2010, permettant de la sorte de pourvoir au renouvellement des postes de membres cooptés.

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration se sont réunis à six reprises, comme le prévoit la loi.

Composition (au 31 mars 2009)

Nom	MRC de provenance
M. Alyre Bois	Rivière-du-Loup
M ^{me} Ghislaine Boucher	Rivière-du-Loup
M ^{me} Thérèse Des Groseillers	Kamouraska
M. Daniel Dionne	Rimouski-Neigette
M ^{me} Suzanne Guimond	Matane
M ^{me} Mireille Lavoie	Matane
M. Jean-Maurice Lechasseur (vice-président)	La Mitis
M ^{me} Ginette Lepage	Rimouski-Neigette
M. Jean-Paul Morin (président)	Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau	Témiscouata
M. André Patry	Rimouski-Neigette
M. Daniel Rioux	Les Basques
M. Georges Roy	La Mitis
M. Louis St-Pierre	La Mitis
Membre de l'Agence	
M. Claude Lévesque	Président-directeur général (PDG)

Éthique des administrateurs

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé par le conseil d'administration le 10 décembre 2008. Sa révision a été effectuée en référence aux dispositions de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le Code civil du Québec ainsi qu'en lien avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) de même que sur les pratiques et normes de gestion qui en découlent pour les membres du conseil d'administration d'une agence. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2008-2009, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Mandat

- ✎ Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes.
- ✎ Entre autres fonctions qu'il exerce de manière exclusive, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion du régime de traitement des plaintes pour la population de la région.
- ✎ Il dresse au besoin et au moins une fois l'an un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de la région. Ce rapport annuel est disponible en septembre, une fois adopté par le conseil d'administration.
- ✎ Outre les mandats qui lui sont propres, il exerce un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

Principales activités de l'année

- ✎ Participation en cours d'exercice financier aux rencontres de la Table des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services comprenant également des rencontres avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des rencontres avec le Protecteur du citoyen.
- ✎ Communications et échanges avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région et avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent.
- ✎ Tenue d'une rencontre régionale avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la

région, avec la participation du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent.

- ✎ Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- ✎ Examen en cours d'exercice financier de 101 dossiers, soit :
 - 14 plaintes;
 - 20 interventions, dont 17 concernaient les résidences pour personnes âgées;
 - 56 demandes d'assistance;
 - 11 demandes de consultation.

Promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- ✎ Poursuite de la diffusion des affiches promotionnelles et des dépliants sur le régime d'examen des plaintes auprès des différents organismes concernés et selon les demandes des citoyens.
- ✎ Par ailleurs, on retrouve sur le site Internet de l'Agence, dans la section « Plaintes et droits des usagers », différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes, dont, entre autres :
 - Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence;
 - Les coordonnées :
 - des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région;
 - des comités des usagers des établissements;
 - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent;
 - de PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve);
 - du Protecteur du citoyen.

2.5 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services concernant les personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles en provenance du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

Composition (au 31 mars 2009)

Nom et fonction

M^{me} Thérèse Des Groseillers

- Membre du conseil d'administration

M^{me} Mireille Lavoie

- Membre du conseil d'administration

M. André Patry

- Membre du conseil d'administration

M. Yvon Delage

- Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

M. René Dumont

- Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications, et personne-ressource en soutien aux travaux du comité

Principales activités

- Tenue de deux réunions, soit le 23 avril et le 10 décembre 2008. Ces rencontres ont permis de prendre connaissance des rapports du commissaire régional sur les plaintes reçues.
- Dépôt au conseil d'administration de l'Agence en juin 2008 et janvier 2009 d'un tableau synthèse des plaintes que le comité a examinées.
- Aucune recommandation n'a été formulée par le comité au conseil d'administration compte tenu de la nature des plaintes et de leur suivi.
- Aucune recommandation du Protecteur du citoyen n'a été adressée à l'Agence.
- Recommandation au conseil d'administration par le comité concernant la communication des conclusions motivées du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

2.6 Forum de la population

Mandat

- ✎ Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être.
- ✎ Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

Composition (au 31 mars 2009)

Nom	MRC de provenance
M. Guy Dubé	Rivière-du-Loup
M ^{me} Madeleine Magnan	Rivière-du-Loup
M. Jean-François Tremblay	Rivière-du-Loup
M ^{me} Marie-Laure Bossé	Témiscouata
M ^{me} Marcelle Roussel	Les Basques
M ^{me} Dorice Dubé	Rimouski-Neigette
M ^{me} Annie Lachance	Rimouski-Neigette
M. Hugues Langlois	Rimouski-Neigette
M. Marcel Lebel	Rimouski-Neigette
M ^{me} Ghislaine Beaulieu	La Mitis
M ^{me} Ariane Ouellet	La Mitis
M. Jean-Yves Thériault	La Matapédia
M ^{me} Françoise Tremblay	La Matapédia
M. Michel Côté	Matane
M ^{me} Kathleen Bouffard	Matane

Membre délégué par le PDG de l'Agence

- M. René Dumont
 - Directeur des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Fréquence des rencontres

Au cours de la dernière année, les membres du Forum de la population se sont réunis à cinq reprises, soit les :

- ✎ 28 mai 2008
- ✎ 24 septembre 2008 (rencontre plénière avec les membres du conseil d'administration)
- ✎ 16 octobre 2008
- ✎ 4 décembre 2008
- ✎ 12 mars 2009

Principales activités de l'année

Les axes de travaux suivants ont été privilégiés au cours de l'année 2008-2009 :

- ✎ Échanges sur les réflexions des membres sur les bons coups et les aspects vécus ou perçus, tant au plan local que régional, concernant le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui a amené des échanges plus spécifiques sur certaines des préoccupations émises.
- ✎ Participation des membres à titre de *focus group* concernant certaines activités de communication en planification à l'Agence. Le recours aux membres du Forum de la population à titre de *focus group* pour bonifier les outils ou activités de communication a été apprécié et a permis d'apporter une contribution intéressante des membres aux activités de l'Agence. À cet effet, les membres du Forum formulent donc à l'Agence leur intérêt à maintenir leur contribution à ce type de travaux.
- ✎ Participation de certains membres du Forum de la population à deux rencontres entre l'Agence, les CSSS et le Conseil des maires des MRC.
- ✎ Prise de connaissance d'un résumé des suites apportées aux avis produits par le Forum entre 2003 et 2005.

Par ailleurs, à partir des pistes d'action dégagées de leurs rencontres, les membres du Forum de la population ont formulé aux membres du conseil d'administration de l'Agence un avis pour que soit portée, au cours des prochains mois, une attention particulière à :

- ✎ La consolidation des activités de prévention en général, mais plus particulièrement auprès des jeunes;
- ✎ La priorité à accorder aux services de première ligne accessibles dans chacun des territoires de CSSS avec une préoccupation au niveau de trois clientèles, soit les personnes âgées, celles présentant des maladies chroniques ainsi que les jeunes;
- ✎ La valorisation du personnel, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre;
- ✎ L'augmentation de l'attention aux secteurs sur lesquels on a une influence profitable.

Les membres du Forum ont également tenu à sensibiliser le conseil d'administration sur certains axes à mieux soutenir concernant l'information à la population et qui devraient faire l'objet d'une attention particulière. Pour ce faire, les membres ont formulé aux membres du conseil d'administration de l'Agence un avis pour que soient favorisées la tenue et la

réalisation (par elle-même ou en partenariat) d'activités de communication. Dans cette perspective, un plan d'action accompagné d'une campagne de promotion médiatique ont été réalisés sur :

- ✎ La valorisation de l'image du réseau et des « Bons coups »;
- ✎ La valorisation du personnel du réseau;
- ✎ L'intensification de l'information à la population portant particulièrement, mais de manière non limitative, sur les sujets suivants :
 - La promotion de certains services, tel le service Info-Santé,
 - La promotion en continu du numéro de téléphone permettant aux personnes vulnérables de se trouver un médecin de famille;
- ✎ L'uniformisation de l'information concernant les services et l'identification des numéros de téléphone des établissements, par exemple dans les Pages Jaunes.

En conclusion, les membres du Forum ont formulé le souhait que leur rapport annuel soit publié dans le rapport annuel de gestion de l'Agence. À cet effet, la version intégrale du rapport est jointe en annexe.

2.7 Comité de vérification

Mandat

- ✎ Assister le conseil d'administration dans l'exercice de ses responsabilités quant à la surveillance du processus d'information financière.
- ✎ Faire les recommandations requises au conseil d'administration.
- ✎ Voir au suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec.

Composition (au 31 mars 2009)

- M^{me} Mireille Lavoie
- M. Émilien Nadeau
- M. Georges Roy

Membre délégué par le PDG de l'Agence

- M. Daniel Lévesque
Directeur des ressources financières,
matérielles et informationnelles

Principales activités de l'année

- ✎ Toutes les activités de cette année ont été des activités courantes.

2.8 Département régional de médecine générale – Comité de direction

Mandat

- ✚ Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- ✚ Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et l'organisation des services médicaux généraux.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres élus

D^r Gaëtan Lavoie

- Chef adjoint du département

Membres cooptés

D^r Jean Hudon

D^{re} Linda Landry

D^{re} Carole Lajoie

D^r Louis St-Pierre

D^{re} Diane Comeau

- Chef du département

D^r Jacques Gagné

D^{re} Jacynthe Vallée

D^r Éric Paradis

D^r Éric Lavoie

Autres membres en provenance de l'Agence

M. Claude Levesque

- président-directeur général (membre d'office)

D^r Jacques Levasseur

- Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG

Principales activités de l'année

- ✚ Renouvellement d'une lettre d'entente permettant de compenser le temps de déplacement des médecins qui acceptent de faire du dépannage aux CSSS de Matane, de La Matapédia et des Basques.
- ✚ Recommandation au comité paritaire de reconnaître le CSSS de La Mitis comme centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle et de lui accorder des forfaits de garde en disponibilité.
- ✚ Support au projet régional « Clinique médicale virtuelle », application informatique déployée dans les GMF, qui permet la réception des résultats de laboratoire et l'utilisation d'un aviseur pharmacologique. Consultation juridique afin de confirmer la légalité entourant le dossier informatisé.
- ✚ Participation aux travaux du comité stratégique aviseur sur les ressources informationnelles. Appui à la demande d'une ressource informatique spécifique à la première ligne. Description du rôle attendu de cette ressource.
- ✚ Accueil du D^r Jacques Ricard, directeur de la planification et de la régionalisation/communications à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), lors d'une tournée dans le dossier du coordonnateur médical local.
- ✚ Nomination d'un coordonnateur médical dans chacun des huit CSSS, à la suite de la recommandation de leur conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).
- ✚ Recommandation au comité paritaire d'accorder au CSSS des Basques des forfaits pour la rémunération de son coordonnateur médical.
- ✚ Rencontre régionale avec les coordonnateurs médicaux afin de s'assurer de la mise en place des guichets d'accès pour la clientèle vulnérable orpheline dans le but

de prioriser une prise en charge de cette clientèle par un médecin de famille.

- ✎ Mise en place d'un forum de discussion pour les coordonnateurs médicaux.
- ✎ Proposition au Ministère d'une fiche contenant les renseignements cliniques du patient vulnérable orphelin, à intégrer à l'application SIGACO (gestion du guichet d'accès).
- ✎ Discussion afin d'explorer les raisons qui amènent les résidents à délaisser la médecine de famille.
- ✎ Recommandation au comité paritaire qu'un médecin de la région soit reconnu comme ayant une pratique essentielle à la survie du milieu.
- ✎ Recommandation au comité paritaire qu'un médecin de la région voit son temps de déplacement compensé lorsqu'il accepte de faire du dépannage dans les établissements en pénurie.
- ✎ Participation à l'élaboration du Plan d'organisation régionale des services médicaux.
- ✎ Révision des documents sur les règlements du Département régional de médecine générale (DRMG) : « Règlement concernant la composition, la durée du mandat, les modalités d'élection ou de nomination du comité de direction du DRMG » et « Règlement de régie interne du DRMG ».
- ✎ Assemblée générale des membres du DRMG. Révision des statuts et règlements. Présentation du bilan des activités du DRMG ainsi que l'évolution des effectifs en omnipratique au Bas-Saint-Laurent de 2000 à 2008.
- ✎ Enclenchement du processus électoral en décembre en vue d'élire trois membres du comité de direction. D^{re} Diane Comeau a été élue sans concurrent pour le secteur centre (Rimouski-Neigette) et D^{re} Mélanie Fortin, également sans concurrent, pour le secteur est (La Matapédia, Matane et La Mitis). Des élections auront lieu en mai pour le secteur ouest (Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup et Les Basques), trois candidats sont en élection.

Les sept autres membres du comité de direction seront cooptés par les trois membres élus, au cours des mois suivant l'élection.

- ✎ Invitation à l'équipe de santé mentale de l'Agence et aux deux psychiatres-conseils pour discuter de la mise en place des services de santé mentale de première ligne découlant du Plan d'action en santé mentale. Suggestions et recommandations proposées pour améliorer les services de première ligne en santé mentale et assurer un meilleur arrimage avec les services médicaux généraux et spécialisés.
- ✎ Discussion sur le rôle et les responsabilités des différents partenaires lors d'une rupture des services en omnipratique et en spécialité.
- ✎ Formation « La collaboration médecin-infirmière : ordonnances collectives » offerte aux intervenants du réseau et aux pharmaciens communautaires. Vingt-quatre professionnels, infirmières, médecins et pharmaciens y ont participé.
- ✎ Consolidation d'une cible de 82 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique à travers l'annonce d'un ajout de onze médecins de famille par le ministre en 2009.
- ✎ Désignation des territoires prioritaires pour les boursiers Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2009 : CSSS de Kamouraska, CSSS de Témiscouata, CSSS de La Matapédia et CSSS des Basques.

2.9 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux spécialisés.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux spécialisés.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres élus

D' Pierre Harvey

- Président

D' Yves Nadeau

- Vice-président

D' Benoît Verret

Membres cooptés

D' Gilles Couture

D' Jean-François D'Amours

D' Jean-François de la Sablonnière

D' Daniel Dionne

D' Claude Dufour

D^{re} Nathalie Gagné

D^{re} Jocelyne Riberdy

- Secrétaire

Autres membres en provenance de l'Agence

M. Claude Lévesque

- Président-directeur général, membre d'office à compter du 19 novembre 2008

M. Alain Paquet

- Président-directeur général par intérim, membre d'office jusqu'au 17 septembre 2008

D' Jacques Levasseur

- Directeur des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers, invité permanent

D' Michel Y. Pelletier

- Médecin-conseil, invité permanent

Principales activités

- Trois réunions ont eu lieu au cours de l'année dont deux par visioconférence; de plus, les membres ont été conviés à une rencontre élargie avec le Département régional de médecine générale (DRMG), les chefs de médecine générale, les directeurs des services professionnels et les directeurs généraux des centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour le lancement des activités de planification des services médicaux généraux et spécialisés.
- Invitation des membres à participer aux travaux reliés à la complémentarité des services médicaux généraux et spécialisés dans leurs territoires de CSSS respectifs.
- Production d'avis concernant le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2009 et la liste d'acquisition prioritaire des équipements médicaux en développement.
- Dépôt aux membres d'une première version du Plan régional d'organisation des services médicaux de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes, sous forme de document de travail, pour amorcer les travaux, tant au plan local que régional.
- Élaboration d'un document de travail sur les pôles régionaux de services mère-enfant avec les chefs de département de pédiatrie, dans le cadre des travaux du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval, et dépôt aux membres pour commentaires.
- Étude à nouveau par le comité de direction des problèmes de ruptures de services en orthopédie au CSSS de Rivière-du-Loup, principalement en raison du départ prématuré d'un chirurgien orthopédiste de cet établissement. Le président de la Table a convié les chefs de service d'orthopédie de la région pour trouver des solutions.
- Suivi par le comité de direction des travaux des tables sectorielles du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval en cardiologie, en pédiatrie et en génétique médicale.

- Préoccupation par le comité de l'évolution du dossier électronique (clinique médicale virtuelle) et de l'implantation du système *Picture Archiving Communication System* (PACS) en imagerie médicale.

- Suivi attentif par le comité des travaux concernant l'implantation d'un centre hospitalier affilié universitaire régional.

2.10 Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mandat

- Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services, le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres élus

M. James Hill

- CSSS de Rimouski-Neigette

M^{me} Geneviève Patry

- Rimouski-Neigette

M. Stéphane Plante

- Rimouski-Neigette

Membres cooptés

M^{me} Marlène Collard

- Kamouraska

M^{me} Julie Lagacé

- CSSS de Matane, présidente

M. Éric Couillard

- Pharmacien propriétaire

M^{me} Marilyn Ouellet

- CSSS de La Matapédia

Autre membre en provenance de l'Agence

M^{me} Marie-Josée Papillon

- Pharmacienne déléguée par le PDG

Principales activités de l'année

- Quatre réunions ont eu lieu au cours de l'année.
- Plusieurs sujets y ont été abordés, dont le Dossier de santé du Québec (DSQ), la pandémie, le suivi étroit et intégré pour la clientèle à risque suicidaire dans la communauté et l'anticoagulothérapie.
- Des travaux ont permis de terminer et de diffuser trois ordonnances collectives régionales. La première vise à initier le traitement de remplacement à la nicotine. Elle habilite les pharmaciens communautaires de la région du Bas-Saint-Laurent à offrir ce support à tous les adultes désirant arrêter l'usage de la cigarette. Une formation a été offerte à Rimouski, Matane et Rivière-du-Loup pour supporter les pharmaciens en ce sens. Une deuxième ordonnance collective régionale vise à initier le traitement de la pédiculose. Une tournée de formation a aussi supporté la diffusion de cet outil. Enfin, une troisième ordonnance collective régionale a été lancée dans le but de permettre aux pharmaciens communautaires de rédiger des ordonnances concernant les fournitures associées à la prise de médicaments pour certaines clientèles.

2.11 Commission infirmière régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres

M^{me} Michelle Beaulieu
• CSSS de Témiscouata
M^{me} Hélène Sirois
• CSSS de Kamouraska
M^{me} Johanne Bouffard
• CSSS de Matane
M^{me} Ghislaine Boucher
• CSSS de Rivière-du-Loup
M^{me} Alexandra Proulx
• CSSS de La Mitis
M^{me} Josette Philippe
• CSSS de Témiscouata
M^{me} Nathalie Cummings
• CSSS de Rimouski-Neigette
M^{me} Jacqueline Lévesque
• CSSS de Kamouraska
M^{me} Nicole Ouellet
• Université du Québec à Rimouski (UQAR)
M^{me} Lynn Paradis
• Ordre des infirmiers et infirmières régional (OIIR)
M^{me} Esther Otis
• Agence du Bas-Saint-Laurent
M. Marc-André Thériault
• CSSS des Basques

Principales activités de l'année

- Trois rencontres, dont une par conférence téléphonique, ont eu lieu.
- Des travaux ont eu cours concernant l'approche McGill, le plan thérapeutique infirmier (PTI), le préceptorat et le programme qualité des soins.
- Deux rencontres ont eu lieu conjointement avec la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) sur les sujets suivants :

échanges et discussions dans le contexte des services en maladies chroniques visant à renforcer les services de première ligne en supportant la constitution d'équipes interdisciplinaires. Les membres ont été informés des impacts du projet de loi 50, Loi modifiant le Code des professions et d'autres modifications législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, sur le personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux. Il fut également question de la planification régionale de la main-d'œuvre.

- Production de deux avis qui ont été soumis au conseil d'administration de l'Agence et à la Table des directeurs généraux de la région :

- Un premier avis portant sur l'application des mesures administratives destinées à l'ensemble du personnel du réseau de la catégorie 4 (techniciens et professionnels) visant notamment à favoriser la concertation régionale et des avenues créatives pour certains domaines, dont la réadaptation, et à envisager la création d'équipes interétablissements dans certains secteurs.
- Un second avis a été élaboré conjointement avec la CMuR visant notamment à mobiliser les conseils infirmiers et multidisciplinaires des établissements afin de contribuer au soutien de la priorité régionale de l'Agence en matière de renforcement des services de première ligne en supportant la constitution d'équipes interdisciplinaires mutuellement dédiées à la prise en charge des clientèles à risque.

- Dépôt des recommandations sur le Règlement concernant les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement de la Commission infirmière régionale. Ces recommandations ont été adoptées par le conseil d'administration le 26 janvier 2009.

2.12 Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres

M^{me} Lise Ross

- CSSS de Matane

M^{me} Lise Verreault

- CSSS de Kamouraska

M^{me} Thérèse Des Groseillers

- CSSS de Kamouraska

M^{me} Réjeanne Ross

- CRDI du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Dany Caron

- CSSS de Matane

M. Gaston Lagacé

- CSSS de Kamouraska

M. Christian Lévesque

- CSSS de La Mitis

M. Claude St-Laurent

- CRDI du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Claire Pagé

- UQAR

M. René Fradette

- Cégep de La Pocatière

M^{me} Nicole Bernier

- Agence du Bas-Saint-Laurent

M. Sarto Roy

- UQAR

Principales activités de l'année

- Trois rencontres, dont une par conférence téléphonique, ont eu lieu.
- Des travaux ont eu cours concernant les plans d'intervention (PI), les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) et les plans de services individualisés (PSI).

Il fut également question de l'organisation des services concernés par la déficience intellectuelle et la déficience physique.

Deux rencontres ont eu lieu conjointement avec la Commission infirmière régionale (CIR) sur les sujets suivants : échanges et discussions dans le contexte des services en maladies chroniques visant à renforcer les services de première ligne en supportant la constitution d'équipes interdisciplinaires. Les membres ont été informés des impacts du projet de loi 50, Loi modifiant le Code des professions et d'autres modifications législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, sur le personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux. Il fut également question de la planification régionale de la main-d'œuvre.

Production de deux avis qui ont été soumis au conseil d'administration de l'Agence et à la Table des directeurs généraux de la région :

- Un premier avis portant sur l'application des mesures administratives destinées à l'ensemble du personnel du réseau de la catégorie 4 : techniciens et professionnels visant notamment à favoriser la concertation régionale et des avenues créatives pour certains domaines, dont la réadaptation, et à envisager la création d'équipes interétablissements dans certains secteurs.
- Un second avis a été élaboré conjointement avec la CIR visant notamment à mobiliser les conseils infirmiers et multidisciplinaires des établissements afin de contribuer au soutien de la priorité régionale de l'Agence en matière de renforcement des services de première ligne en soutenant la constitution d'équipes interdisciplinaires mutuellement dédiées à la prise en charge des clientèles à risques.

- ✎ Étude, en rencontre extraordinaire, du processus de désignation ainsi que des règles de fonctionnement, et dépôt des recommandations sur le Règlement concernant les modalités de désignation des

membres et les règles de fonctionnement de la Commission multidisciplinaire régionale. Ces recommandations ont été adoptées par le conseil d'administration le 26 janvier 2009.

2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

Mandat

- ✎ Conseiller, donner son avis à l'Agence sur toute problématique influençant l'état de santé et de bien-être des femmes et assurer des services accessibles et adaptés à la réalité des femmes du territoire.
- ✎ Ce comité est un comité consultatif, il adressera ses recommandations à la direction générale de l'Agence qui les transmettra au conseil d'administration.

Principales activités de l'année

- ✎ Quelques réunions ont eu lieu pour rédiger, entre autres, un nouvel avis sur la santé des femmes. Le tout devrait être déposé à l'automne 2009.
- ✎ Deux professionnels de l'Agence ont suivi une formation offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur l'approche différenciée selon les sexes afin de la rediffuser dans la région au cours de la prochaine année.

Composition (au 31 mars 2009)

Membres

M^{me} Suzelle Lambert

- Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Isabelle Gallant

- Centre Femmes de La Mitis

M^{me} Aline Denis

- Centre-femmes Catherine-Leblond inc.

M^{me} Louise Dufour

- Centre de femmes du Ô-Pays

M^{me} Solange Lévesque

- Agence du Bas-Saint-Laurent

Représentante du Conseil du statut de la femme à nommer

2.14 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Mandat

Le comité est responsable envers le président-directeur général de l'Agence de donner son avis sur :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
- Toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

Situation régionale

Population anglophone

Selon les données de Statistique Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable). La majorité des personnes d'expression anglaise se trouve dans les MRC de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré par l'Agence, en collaboration avec le comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

Composition

- Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise est composé de six personnes :
 - Deux représentantes de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer;
 - Une représentante de Heritage Lower Saint-Lawrence, un organisme communautaire dont le mandat couvre l'ensemble de la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent;
 - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette;
 - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis;
 - La coordonnatrice pour le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- La présidente est M^{me} Kathy Dodson, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer.

Principales activités de l'année

- Deux rencontres ont eu lieu et les activités se sont poursuivies dans les établissements ciblés afin de faciliter l'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise.
- Poursuite pendant toute l'année des activités débutées l'an dernier grâce à l'extension de la subvention dans le cadre du projet Canada-Québec pour les services en langue anglaise. Ce projet visait à établir les liaisons nécessaires pour faciliter l'accès aux services de santé et de services sociaux à la clientèle d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent. Une agente de liaison est en place et les activités se sont poursuivies pendant l'année. Héritage Lower Saint-Lawrence a pu étendre des activités à Rimouski durant l'année.

3

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE ET
SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

3.1 Bilan général de l'entente de gestion

PROPOS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Outre les tableaux de reddition de comptes qui ont été intégrés à l'intérieur des différentes rubriques qui suivent, d'autres dimensions sont à prendre en considération dans le cycle des ententes de gestion et, à ce titre, nous reproduisons ici intégralement le texte d'avant-propos du Bilan de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, juin 2009 de M. Claude Lévesque, président-directeur général.

« Le présent bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé et des Services sociaux marque la fin de la sixième année pour laquelle un suivi de gestion est exercé par l'Agence.

De façon générale, la région se situe avantageusement quant aux résultats présentés pour la majorité des indicateurs. Dans plusieurs cas, la performance régionale se situe d'ailleurs nettement au-dessus des cibles 2010 ou des moyennes provinciales observées. Pour les indicateurs présentant des écarts défavorables, des actions ont été prises afin de favoriser le plus possible l'atteinte à terme des cibles ministérielles de la planification stratégique 2005-2010.

Avec des cibles établies pour deux ans, l'entente de gestion 2008-2010 permet une meilleure perspective et donne aux établissements plus de latitude dans le choix des moyens permettant d'atteindre lesdites cibles.

Cette année encore, les établissements ont fait preuve d'une excellente collaboration dans l'exercice du suivi de gestion. Ils s'approprient les résultats périodiquement et cherchent constamment à expliquer leur performance et à l'améliorer en visant les cibles préalablement négociées. Les impacts sur les systèmes d'information sont bénéfiques, puisque le suivi de gestion de pair avec les d'autres travaux visant à raffiner les contours programme permettent assurément d'améliorer de façon continue la qualité et la fiabilité des données qui y sont consignées.

À l'aube de la dernière année de la planification stratégique ministérielle 2005-2010, la région est bien positionnée et confiante de pouvoir présenter à terme un bilan très positif, contribuant ainsi à l'atteinte des cibles nationales. »

RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES CIBLES MINISTÉRIELLES

Dans leur ensemble, les résultats atteints au niveau des différents indicateurs prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité sont très satisfaisants. Ils témoignent de l'engagement des intervenants et des établissements envers les services à la population.

Pour près de 60 % des indicateurs, les résultats atteignent ou dépassent les cibles convenues avec le Ministère. C'est notamment le cas dans les secteurs suivants :

- ✎ Services aux personnes en perte d'autonomie (soutien à domicile et hébergement);
- ✎ Services aux jeunes en difficulté (première et deuxième lignes);
- ✎ Chirurgies spécifiques telles que les prothèses totales de hanche et de genoux, de même que les chirurgies de la cataracte;
- ✎ Délai d'accès en radio-oncologie;
- ✎ Ressources humaines (taux d'assurance salaire et d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante).

Pour certains indicateurs, bien que la cible régionale ne soit pas atteinte, la région se distingue très favorablement par rapport à la moyenne provinciale. Mentionnons notamment :

- ✎ Les services psychosociaux généraux;
- ✎ Les urgences.

Dans d'autres secteurs, la région n'atteint pas les résultats signifiés dans l'entente, mais des investissements significatifs ont été réalisés au cours de la dernière année afin d'accroître l'offre de service. Les résultats de ces investissements devraient se faire sentir tout particulièrement au cours du prochain exercice dans les secteurs suivants :

- ✿ Santé mentale (services de première ligne et soutien d'intensité variable);
- ✿ Déficience physique (services spécialisés).

Enfin, lorsqu'une cible n'est pas atteinte, on remarque qu'en général on peut l'expliquer soit par la difficulté de combler les postes vacants ou temporairement dépourvus de titulaires, ce qui est particulièrement le cas dans certains services spécialisés et sociaux, soit par l'insuffisance de la demande qui se reflète alors par un faible niveau ou une absence pure et simple de listes d'attente, tel qu'on peut le remarquer concernant les soins palliatifs à domicile et le jeu pathologique.

RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES OBJECTIFS RÉGIONAUX

Outre les cibles ministérielles de services, les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements contiennent des objectifs régionaux visant à mieux articuler les priorités nationales, régionales et locales. La réalisation de ces objectifs fait également l'objet d'un suivi de la part de l'Agence et l'avancement de ces travaux est variable en fonction des territoires et de la clientèle touchée.

Pour connaître les réalisations dans les différents secteurs visés, nous vous invitons à consulter les rubriques spécifiques du présent chapitre.

3.2 Rubrique « Un réseau qui innove et qui se démarque! »

Dans la dernière édition de son rapport annuel, l'Agence introduisait une rubrique particulière faisant état d'initiatives, de projets et de personnes qui se démarquent par les résultats atteints, le caractère novateur de leur approche ou par la reconnaissance obtenue au-delà des frontières régionales.

En reprenant cette initiative encore cette année, l'Agence veut en faire une tradition afin qu'elle donne au lecteur l'occasion de prendre connaissance de réalisations particulières qui ne font pas les manchettes, mais qui témoignent de l'engagement de notre réseau pour l'amélioration de la qualité des services qu'il offre à la population.

Cette rubrique veut donc faire ressortir ces initiatives afin de rendre justice en quelque sorte à la détermination dont font preuve les femmes et les hommes qui œuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et qui prouvent l'engagement de ses intervenants et de ses gestionnaires. Nous sommes particulièrement fiers de vous présenter les réalisations de 2008-2009.

NOS INITIATIVES RECONNUES RÉGIONALEMENT

Cette année, l'Agence a révisé les Prix de reconnaissance pour tenir le concours tous les deux ans. La cuvée 2008-2010 a été particulièrement intéressante par la réception de quelque 21 candidatures provenant de l'ensemble de la région. Voici donc une synthèse des projets gagnants réalisés à l'initiative des établissements de la région et de leur personnel.

Formation des non-professionnels des ressources privées et non institutionnelles au CSSS de Kamouraska

Dans un contexte de pénurie d'infirmières appréhendée, le CSSS de Kamouraska et ses partenaires ont fait preuve de créativité et ont su utiliser les ressources disponibles du milieu pour répondre aux besoins de formation et de mise à jour des non-professionnels qui dispensent des soins à la clientèle en perte d'autonomie des ressources privées et non institutionnelles. Ainsi, en ayant recours à des étudiants en soins infirmiers pour réaliser son intervention, le CSSS de Kamouraska et le Cégep de La Pocatière ont su mettre en avant une initiative digne de mention qui a mérité le prix de reconnaissance dans la catégorie « Mise en réseau » ainsi que le Grand Prix de l'excellence régional.



Projet « Hypersexualisation, sexualisation précoce et agressions sexuelles : impacts et pistes d'action » du CALACS de Rimouski

Dans le cadre de son initiative intitulée « Hypersexualisation, sexualisation précoce et agressions sexuelles : impacts et pistes d'action », le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) a agi à titre de précurseur à l'échelle du Québec en étudiant le lien entre l'hypersexualisation de la société et les agressions sexuelles par le biais d'une recherche et aussi lors de la tenue d'un important forum. Pour cette contribution, le CALACS a remporté le prix de reconnaissance

dans la catégorie « Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être ». Fait intéressant à noter, ce projet a également été primé dans le cadre du Prix Égalité du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine dans la catégorie « Modèles et comportements égalitaires ».



Utilisation de la téléadaptation en neurotraumatologie au Centre régional de réadaptation en déficience physique L'InterAction du CSSS de La Mitis

Le projet de téléadaptation du Centre régional de réadaptation en déficience physique L'InterAction du CSSS de La Mitis vient répondre aux besoins complexes des personnes blessées médullaires et traumatisées craniocérébrales. De plus, il permet d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services malgré les distances à parcourir en raison du contexte géographique, de la rareté des ressources et des difficultés d'accessibilité à des interventions de deuxième expertise. Pour son caractère novateur, ce projet a été primé dans la catégorie « Innovation et initiative pour l'amélioration, la qualité et l'accessibilité des soins et des services ».



Formation sur mesure en santé mentale du Centre jeunesse et du Service de la formation continue du Cégep de Rimouski

Le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et le Service de la formation continue du Cégep de Rimouski ont su joindre leurs efforts pour développer un programme de formation sur mesure en santé mentale afin de répondre aux besoins des intervenants du réseau des services à la jeunesse. Ce projet, qui a reçu une mention spéciale dans la catégorie « Mise en réseau » a également reçu le Grand Prix dans la catégorie « Expérience support à l'intervention clinique » dans le cadre des Prix de l'Association des centres jeunesse du Québec 2008.



Centralisation de la gestion des activités de remplacement au CSSS de Rivière-du-Loup

En poursuivant l'objectif de dégager ses chefs de service de la gestion des besoins de remplacement en provenance de leur personnel et également de centraliser les horaires de travail et d'en assurer une planification à plus long terme, le CSSS de Rivière-du-Loup a instauré le projet de centralisation de la gestion des activités de remplacement. La mise sur pied de ce projet en mai 2007 au CSSS de Rivière-du-Loup a permis de répondre aux besoins exprimés par les chefs de service. Cette initiative du CSSS a été reconnue dans la catégorie « Soutien, valorisation et mobilisation des ressources humaines du réseau ».



Trajectoires Hommes du KRTB primé pour l'excellence de sa contribution à titre d'organisme communautaire

Depuis 1991, cet organisme s'est donné comme principale mission d'aider les hommes ayant des comportements violents à modifier leur façon d'agir afin de faire cesser la violence conjugale et familiale sous quelque forme que ce soit. L'organisme a également mis sur pied le programme de soutien Mû qui vise à promouvoir le bien-être des hommes et leur droit à une vie plus satisfaisante. Pour cette contribution, Trajectoires Hommes du KRTB a remporté le prix de reconnaissance dans la catégorie « Excellence de la contribution d'un ou de plusieurs organismes communautaires ».



Conception du chariot de lavage des mains « CHARLIE » du CSSS de La Mitis

Le Centre de santé et de services sociaux de La Mitis a mis au point un chariot mobile « CHARLIE » servant au lavage des mains lorsqu'une chambre ou un étage doit être décontaminé. Grâce à ce projet, le personnel peut désormais se laver les mains à l'extérieur du milieu contaminé, et ce, en toute efficacité et

sécurité, évitant ainsi les risques d'infections (nosocomiales, virus, bactéries, etc.). Cette initiative a été primée dans la catégorie « Sécurité des soins et des services ».



La Maison Andréa-Pomerleau, reconnue pour son engagement

C'est depuis une quinzaine d'années que l'Association des handicapés gaspésiens de Matane caressait le rêve d'accueillir ses membres dans un environnement adapté à leurs limitations et propice à favoriser leur mieux-être. La Maison Andréa-Pomerleau est devenue réalité en décembre 2007 en proposant un port d'attache et un lieu de rassemblement qui peut recevoir jusqu'à 150 personnes. Ce projet s'est vu reconnaître à titre de lauréat dans la catégorie « Engagement » des Prix de reconnaissance.



NOS INITIATIVES PRIMÉES OU QUI SE DISTINGUENT À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION

Notre réseau se démarque également et est reconnu en dehors des limites régionales. Au cours de la dernière année, des projets ou des intervenants, qui se distinguent par leurs réalisations, leur implication ou leur engagement, ont été reconnus et se sont démarqués sur la scène provinciale. Il nous est apparu important de souligner ces contributions.

L'unité mobile de mammographie du Bas-Saint-Laurent SARA remporte le Prix Égalité 2009



À l'occasion de la cérémonie de remise du Prix Égalité 2009 tenue en mars dernier, l'unité mobile de mammographie du Bas-Saint-Laurent SARA a reçu le Prix dans la catégorie « Santé – Adaptation des soins de santé et des services sociaux aux besoins particuliers des femmes ou de certains groupes ». Ce projet était présenté par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Le Prix Égalité du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine vise à faire progresser l'égalité entre les femmes et les hommes en faisant connaître les initiatives les plus prometteuses afin que l'ensemble du Québec puisse s'en inspirer.

Ce prix vient ainsi souligner l'accessibilité du service de mammographie rendue possible grâce à l'unité mobile SARA. Depuis octobre 2007, le Bas-Saint-Laurent est la première région du Québec à offrir aux femmes de son territoire un accès à un examen de mammographie près de leur domicile. En effet, de façon régulière, l'unité mobile de mammographie se déplace dans les cinq territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent qui ne sont pas desservis par un appareil

de mammographie. De novembre 2007 jusqu'en décembre 2008, 6 374 femmes ont eu une mammographie de dépistage faite par l'unité SARA.

Le docteur Georges Lévesque, membre fondateur de l'Association du cancer de l'Est du Québec, reçoit le Prix Persillier-Lachapelle

Le docteur Georges Lévesque qui a consacré sa carrière à l'amélioration des soins et des services en oncologie offerts à la population de l'Est du Québec a reçu le Prix Persillier-Lachapelle, édition 2008. Ce prix, remis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à reconnaître le caractère exceptionnel de l'ensemble d'une carrière.



Prix des médecins de cœur et d'action à Jean-François Dorval

Le travail social du médecin omnipraticien Jean-François Dorval qui est médecin-conseil à l'Agence du Bas-Saint-Laurent et médecin au CSSS de Rimouski-Neigette a été reconnu par l'Association des médecins de langue française comme médecin de cœur et d'action.



Un Prix d'excellence à monsieur Cyr B. Dumas

Un Prix d'excellence de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux a été remis à monsieur Cyr B. Dumas qui travaille au CSSS de Rivière-du-Loup et qui agit comme conseiller à l'Agence.



Le dentiste Jean-Roch Lamarre de Rimouski a reçu un Fellow honorifique de l'Académie Pierre-Fauchard



Le docteur Jean-Roch Lamarre, dentiste-conseil à l'Agence, a reçu un Fellow honorifique de l'Académie Pierre Fauchard pour sa contribution à l'art et la science de la médecine dentaire.

Reconnaissance par un organisme international pour le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ)

En mars dernier, CAUREQ recevait la reconnaissance de réaccreditation comme centre d'excellence de répartition médicale d'urgence. Cette reconnaissance est reconnue pour trois ans et est remise par l'Académie internationale de répartition des appels d'urgence (IAED).

SEMAINE QUÉBÉCOISE
DES ADULTES EN
FORMATION Apprendre
ça vaut le coup !
28 mars au 3 avril 2009

Le PDG de l'Agence, monsieur Claude Lévesque, a agi à titre de président d'honneur lors de la 7^e édition de la Semaine québécoise des adultes en formation

Lors de la 7^e édition de la Semaine québécoise des adultes en formation, tenue du 28 mars au 3 avril 2009, le président-directeur général de l'Agence, monsieur Claude Lévesque, a agi à titre de président d'honneur pour la région du Bas-Saint-Laurent. Convaincu que chaque individu qui veut continuer à se développer doit être alimenté et soutenu dans un processus de formation continue monsieur Lévesque a invité tous les acteurs de la région à profiter de ce moment privilégié pour honorer les adultes en formation et à témoigner haut et fort qu'Apprendre ça vaut le coup!

NOS RÉSULTATS DIGNES DE MENTION

Dans le cadre de l'offre de service à une population, il y a des résultats atteints par la mobilisation de notre personnel qui méritent d'être soulignés.

Traitements en radiothérapie effectués à 99,3 % à l'intérieur du délai maximal d'attente de 4 semaines fixé par le Ministère

En 2008-2009, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a traité 801 patients comparativement à 762 patients pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 5,1 % de la clientèle desservie. En ce qui concerne le délai d'attente de ces patients, 99,3 % d'entre eux ont commencé leurs traitements dans le délai maximal fixé par le Ministère. L'année dernière, ce résultat était de 93 %. Rappelons ici que la cible ministérielle, en cette matière, est de 90 % de la clientèle traitée à l'intérieur de 4 semaines.

Première dans l'Est du Québec – Un système d'archivage numérique des images radiologiques

Le CSSS de Rivière-du-Loup a complété l'instauration du système PACS (*Picture Archiving and Communication System*) qui permet la visualisation et l'archivage d'images numériques. Ainsi, les images obtenues en radiologie, échographie, résonnance magnétique et médecine nucléaire pourront être lues sur un écran d'ordinateur et conservées dans des mémoires numériques à haute capacité.

Plus de 400 personnes participent au premier colloque de gériatrie tenu à Rimouski

Plus de 400 personnes ont participé au premier colloque de gériatrie placé sous le thème « La

gériatrie, une vision, une passion » organisé par l'Agence au printemps 2008 à Rimouski. Ce congrès, une première dans la région, réunissait, entre autres, une centaine de médecins, des pharmaciens, du personnel infirmier, des préposés aux bénéficiaires, du personnel de réadaptation, etc. L'événement avait pour but de présenter l'approche gériatrique et ses impacts positifs lors de la dispensation des soins aux personnes âgées, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées principalement en milieu hospitalier.

Lancement d'un programme de suivi Létroit pour la clientèle à risque suicidaire dans l'ensemble des CSSS du Bas-Saint-Laurent

Un nouveau service de suivi est offert à la clientèle à risque suicidaire du Bas-Saint-Laurent dans les centres de santé et de services sociaux de la région en collaboration avec l'Agence. Dès qu'elle est référée à ce service, la personne est rapidement prise en charge par l'équipe responsable du CSSS de son territoire. Ce nouveau service est présentement déployé dans les CSSS de Kamouraska, de Témiscouata, des Basques, de Rimouski-Neigette, de Matane et de La Matapédia. Prochainement, les CSSS de Rivière-du-Loup et de La Mitis offriront ce service.

Projet de support professionnel en réadaptation des travailleurs aux prises avec des troubles musculo-squelettiques

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs s'est doté en cours d'année d'un nouveau service de réadaptation des travailleurs accidentés avec blessures de type musculo-squelettiques. Ainsi, les travailleurs qui demeurent avec des restrictions médicales fonctionnelles qui entravent leur retour au travail sont pris en charge dans le cadre d'un programme de retour au travail adapté.

Ce nouveau programme a été mis en place en octobre 2008 pour une durée de deux ans et a fait l'objet d'une étude prospective ayant démontré le besoin de ce type de programme de réadaptation pour les établissements de la région. Les données statistiques de l'étude nous indiquent en effet que 5 % des dossiers d'absence occasionnent près de 50 % des coûts d'absence. Notons que neuf des dix établissements de la région du Bas-Saint-Laurent participent à ce projet.

Des publications produites en région et distribuées sur la scène provinciale

Certains documents en maladies chroniques, tels des outils et des guides de pratique à l'intention des médecins et professionnels produits ou mis à jour par le D^r Gilles Côté, médecin-conseil à l'Agence, ont connu une large distribution. Citons notamment l'édition 2008 du guide *Le diabète en omnipratique*, dont la diffusion provinciale dépasse les 15 000 exemplaires, ainsi que son résumé diffusé à 40 000 exemplaires. Le document de référence *Les dyslipidémies – dépistage, diagnostic et traitement*, pour sa part, a été diffusé à plus de 5 000 exemplaires. Aussi, soulignons la mise à jour, en collaboration avec le service de nutrition du CSSS de Rivière-du-Loup, du document *De bon cœur, je mange bien!* à l'intention des nutritionnistes et la production du *Parcours Santé*, outil d'autogestion des facteurs de risque et des habitudes de vie.

3.3 Programme de santé publique

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

En novembre 2008, tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région du Bas-Saint-Laurent ont fait un exercice de vaccination de masse dans le but de mieux se préparer à faire face à une pandémie future. Chaque CSSS a adapté le modèle à son territoire et à la population à desservir. Nous pouvons mentionner que cet exercice a permis aux établissements de créer des liens avec les milieux communautaires et une collaboration avec un grand nombre de bénévoles. La préparation par les employés des CSSS et la participation de la population ont été les éléments majeurs de la réussite de cet exercice. Pendant ces journées, 12 117 personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza.

La vaccination s'est poursuivie, par la suite, par d'autres activités pour rejoindre les clientèles ciblées par la vaccination. Dans les établissements de santé de la région, les données recueillies du registre informatique I-CLSC nous démontrent un taux de vaccination de 41,7 % pour les travailleurs de la santé. Un fait important à noter est un nombre de 1 390 travailleurs de la santé ne pouvant être inclus dans ce pourcentage, car nous ne pouvons différencier si ce sont des travailleurs du réseau ou des travailleurs des milieux communautaires, vu la provenance de ces données. La couverture vaccinale pour les résidents vivant en centre

d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a, quant à elle, fait un immense bond pour se situer à 98,9 %.



PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La prévention et le contrôle des infections (PCI) nosocomiales incombent aux établissements de santé. Cette fonction s'est considérablement améliorée depuis 2004 dans les établissements de la région, avec le soutien de l'Agence. L'embauche et la formation d'infirmières dédiées à la prévention des infections dans les établissements, la production de protocoles ou lignes directrices provinciales d'intervention, les travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales et la consolidation des comités locaux en prévention des infections ont contribué significativement à l'amélioration de la PCI.

Axe : Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	62,5 %	100,0 %	88,0 %

Commentaires

Un des CSSS a connu des difficultés à combler tous ses postes d'infirmières en prévention des infections pour l'année 2008-2009 en raison de mouvement de personnel. L'embauche a finalement pu être réalisée au printemps 2009 et la cible régionale devrait être atteinte en 2009-2010.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

La situation régionale en prévention des infections se compare avantageusement à celle du Québec et on observe une baisse de l'incidence de certaines infections inscrites dans des programmes de surveillance. Par exemple, en 2008-2009, le taux d'incidence régional moyen des diarrhées associées au *Clostridium difficile* est de 6,3 cas par 10 000 patients-jours dans la région et de 6,4 au Québec. Depuis les 3 dernières années, le nombre de nouveaux cas d'origine nosocomiale associés aux installations déclarantes de la région est passé de 115 cas (2006-2007) à 86 cas (2008-2009). La

surveillance régionale des nouveaux cas de colonisation et d'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) indique aussi une diminution de l'incidence en 2007-2008 par rapport à 2008-2009 (résultat partiel) avec des valeurs respectives de 251 et de 196. Dans le même sens, la proportion régionale de bactériémies à SARM parmi le nombre total de bactériémies à *Staphylococcus aureus* investigués dans les établissements participant au programme de surveillance provincial est de 20 % (5/25 cas) en 2007-2008 et de 9,1 % (2/22 cas) en 2008-2009.

Axe : Prévention et contrôle - infections nosocomiales

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats* 2008-2009
2.2.2 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100 %	33,3 %
	Catégorisation	Nouveau	100 %	33,3 %
	Accord responsable	Nouveau	100 %	31,3 %
	Accord au c/a	Nouveau	100 %	12,5 %
	Désignation resp.	Nouveau	100 %	31,3 %

Commentaires

Avec le dépôt du document sur « L'offre de service en hygiène et salubrité » ainsi que la clarification des concepts quant à l'élaboration de la catégorisation des surfaces et à la nomination d'un responsable de la gestion du risque environnemental, les établissements se sont mis en action.

Pour plusieurs, l'exercice d'inventaire pour la catégorisation est long et ardu alors que pour d'autres, prendre les ententes entre les différentes unités pour la responsabilité semble être difficile. Les établissements travaillent à vitesse variable dans ce dossier selon les disponibilités des ressources ainsi qu'en regard de la priorité qu'ils y ont apposée par rapport aux autres dossiers en cours.

* Résultats en date du 11 mai 2009.

Les bons résultats des établissements de la région peuvent être associés, en partie, à une démarche structurée qui implique de nombreux collaborateurs. L'établissement et le suivi de programmes de PCI assortis de plans d'action sont à la base de cette démarche organisationnelle. L'utilisation récente d'un tableau de bord régional, développé par un comité régional coordonné par l'Agence en 2008, permettra de suivre des indicateurs d'activités, de processus et de résultats afin d'ajuster les activités et favoriser une meilleure planification. Parmi les besoins préliminaires ciblés, mentionnons l'amélioration de la formation du personnel, l'accroissement des capacités d'isolement des patients et le renforcement de l'implication de directions dans

les travaux des équipes locales de PCI. Cette fonction interpelle de nombreux services des établissements, de même que la population. Il s'agit d'une démarche qui est mieux comprise et respectée.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les dossiers importants furent les mêmes que l'année dernière, soit le dossier éolien et celui des cyanobactéries (algues bleues). Cette année, huit lacs de notre territoire ont connu des épisodes de cyanobactéries. Dans ce dossier, nous avons participé avec le ministère de l'Environnement à quatre forums régionaux.

Encore cette année, nous avons représenté notre Ministère pour plusieurs mandats du Bureau d'audience publique en environnement : projets éoliens (4) de Baie-des-Sables, Les Méchins, Lac Alfred (La Rédemption) et Rivière-du-Loup (projet Skypower), projets de prolongation (2) de la route 185 entre Cabano et le Nouveau-Brunswick et entre Saint-Antonin et Saint-Louis-du-Ha! Ha! Nous avons participé aussi à un processus de consultation interministériel concernant l'implantation d'un établissement porcin à Saint-Arsène.

Ces activités spécifiques s'ajoutent à notre mandat légal dont l'élément principal s'articule autour de la surveillance de la qualité de l'eau potable des quelque 350 réseaux de notre territoire. Cette année, 10 réseaux municipaux d'eau potable et 17 réseaux privés ont émis des « Avis de faire bouillir » dus à la présence de bactéries fécales. Vingt-cinq de nos municipalités devront effectuer une mise aux normes de leurs installations d'eau potable, ce qui fait du Bas-Saint-Laurent la région qui compte le plus de municipalités où des réfections majeures sont à réaliser.

3.4 Services généraux

Cette section présente les principaux faits saillants touchant l'accès aux services psychosociaux et infirmiers généraux, le

service régional Info-Santé et Info-Social, la violence et les agressions sexuelles.

Axe : Services infirmiers et psychosociaux généraux

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3 384	3 400	3 108
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,0	4,0	3,73

Commentaires

Plusieurs CSSS recourent de plus en plus à des interventions de groupe concernant différentes problématiques nécessitant des services psychosociaux. Les données statistiques concernant ces interventions ne sont pas captées par l'indicateur. Cette façon de faire retenue régionalement contribue significativement à améliorer l'offre de service et à diminuer les listes d'attente. La révision des charges de cas a également eu un impact, puisqu'il y a eu soit des fermetures de dossiers ou des transferts de dossiers vers d'autres programmes services.

Depuis le printemps, différentes activités de formation ont demandé une participation importante de ces intervenants pour les soutenir dans le changement de leurs pratiques et de mieux les outiller dans leurs interventions.

De plus, plusieurs établissements mentionnent la difficulté de recrutement dans ce secteur et certains postes demeurent ainsi vacants à la suite de départs ou lors de congés de maladie.

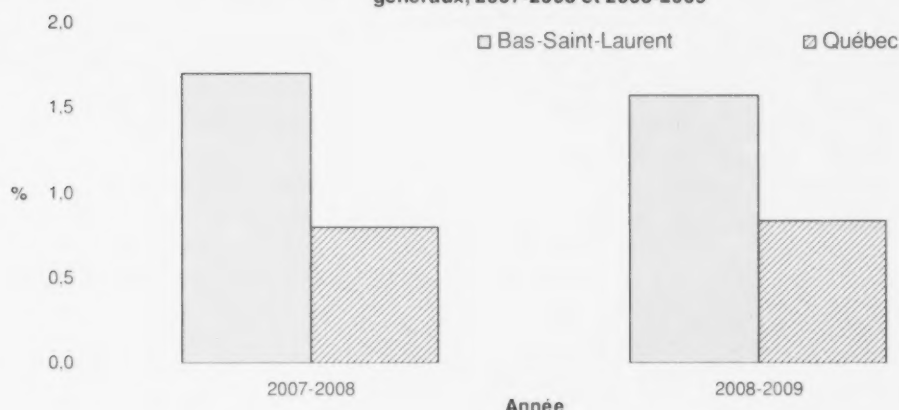
Il faut également considérer que le taux de pénétration régional est de 1,56 % de la population totale *versus* 0,84 % pour la province, soit près du double.

Le nombre moyen d'interventions régionales, bien qu'inférieur à la cible, demeure supérieur à celui observé pour la province.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Proportion de la population ayant eu recours à des services psychosociaux généraux, 2007-2008 et 2008-2009



SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL

Dans le cadre des orientations ministérielles, le service régional Info-Santé et Info-Social poursuit les travaux reliés à l'accessibilité, la continuité et l'optimisation de la réponse téléphonique 24/7.

En 2008-2009, 89 871 appels ont été faits à ce service, dont 19 275 furent abandonnés. Ce service dispensé par le CSSS de La Mitis est de plus en plus utilisé (9 559 appels de plus que l'année précédente). Au total, 41 135 appels ont été traités par les infirmières du service Info-Santé sans qu'une orientation soit jugée nécessaire, soit 59,17 % des appels.

Le numéro d'appel 8-1-1 accessible de partout dans la province et dans la région est opérationnel depuis mai 2008.

Un cadre de référence régional pour les clientèles enregistrées a été élaboré en concertation avec les différents partenaires des CSSS et des groupes de médecine de famille (GMF) afin d'assurer les liens de complémentarité et de continuité. Ce service sera offert aux usagers à domicile présentant des risques de décompensation ou de déstabilisation. Ils seront enregistrés par le soutien à domicile des CSSS et par les GMF dans une première étape, et ce, à partir de l'automne 2009.

Dans ce contexte, à la suite d'un enregistrement de la clientèle, la complémentarité et la continuité du service régional Info-Santé se traduisent par une réponse personnalisée de l'infirmière d'Info-Santé. Selon les données recueillies et les besoins du client, l'infirmière d'Info-Santé pourra y répondre, ou faire intervenir l'infirmière de garde du CSSS, ou recommander de se rendre à l'urgence si son état le requiert. Selon les consignes préétablies, elle pourra communiquer avec un médecin désigné.

Perspectives

En vue du déploiement éventuel du volet social à la réponse téléphonique, les travaux de préparation se poursuivent.

L'Agence supporte financièrement la relocalisation physique des locaux ainsi que l'augmentation des ressources reliées à la hausse des appels pour le 8-1-1.

- ✎ Coordination régionale sur l'application du cadre de référence pour les clientèles enregistrées.
- ✎ Planification et organisation des services intra et extra régionaux pour le développement Info-Social, incluant l'arrimage avec les organismes communautaires.

RÉPERTOIRE DES RESSOURCES

Ce répertoire constitue un bottin de 29 018 ressources de la province, dont 832 proviennent du Bas-Saint-Laurent. Il est un outil indispensable au service régional Info-Santé et Info-Social et le sera également pour les CSSS afin d'orienter la clientèle aux ressources appropriées.

Sous la responsabilité de l'Agence, des travaux ont été réalisés afin d'améliorer l'accessibilité et la mise à jour continue de ces ressources. Au 31 mars 2009, la mise à jour dans la région du Bas-Saint-Laurent est à 60 %, l'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est de 95 %, et l'Agence est confiante d'atteindre cet objectif au cours de l'automne 2009. Afin d'assurer la qualité de l'information inscrite au répertoire, chaque CSSS a nommé un pilote local. Un pilote régional supporte les pilotes locaux lors de formation, information, etc. L'Agence supporte financièrement la formation de ces formateurs locaux et du formateur régional.

Perspectives

La mise à jour du répertoire des ressources est un incontournable. Le défi, tant local que régional, est continu. Le ministère de la Santé et des Services sociaux donnera éventuellement l'approbation reliée à la disponibilité du répertoire pour la population lorsque la cible de 95 % de la mise à jour sera atteinte.

Le déploiement dans les CSSS est à poursuivre et à consolider.

Plusieurs développements technologiques sont envisagés grâce à cet outil, dont :

- Le développement d'outils pour les intervenants du réseau afin d'utiliser la base de données pour l'acheminement du courrier aux professionnels et aux organismes.

- La facilitation de la localisation géographique des ressources ciblées pour répondre aux besoins des usagers en les orientant vers des services à proximité de leur résidence.

VIOLENCE CONJUGALE ET AGRESSION SEXUELLE

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, l'Agence a effectué différentes activités. Elle a tenu, entre autres, sa rencontre annuelle avec les responsables des tables locales en violence conjugale et les responsables du dossier violence conjugale dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Aussi, afin de soutenir la concertation des tables locales, des subventions non récurrentes ont été octroyées pour l'organisation de formations, de journées thématiques ou pour la production d'outils d'information.

De plus, le protocole sociojudiciaire en vigueur dans la région a été révisé et signé par les organismes communautaires désignés, les postes de la Sûreté du Québec du territoire et la Sécurité publique de Rivière-du-Loup. Ce protocole vise l'accompagnement des femmes dans le processus judiciaire.

En lien avec une mesure prévue au plan d'action gouvernemental, deux sessions de formation en matière de violence conjugale ont été offertes aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Vingt-six personnes ont suivi la formation de base en violence conjugale et dix-neuf celle portant sur le processus judiciaire.

Une autre mesure de ce plan d'action prévoit le développement, la mise à jour et la diffusion des outils destinés aux médias pour les sensibiliser à leur rôle dans le traitement judiciaire des événements liés à la violence conjugale. En ce sens, trois rencontres ont été organisées avec les médias régionaux afin de leur présenter la « Trousse média » réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

En outre, l'Agence a poursuivi son investissement, conjointement avec deux commissions scolaires, dans un projet pilote qui vise l'engagement d'une personne-ressource qui favorisera l'intégration d'activités d'éducation à la sexualité pour la clientèle du premier cycle du secondaire.

Concernant les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle 2008-2013, l'Agence a poursuivi ses activités de soutien et de support aux centres désignés. Une rencontre annuelle a été organisée avec les centres désignés pour assurer le suivi des services dispensés aux victimes, dont une demi-journée a été consacrée à une rencontre conjointe avec les policiers, les procureurs, le Centre jeunesse, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent et le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) pour échanger sur les problématiques vécues et partager de l'information.

De plus, deux formations sur la trousse médicolégale et médicosociale ont été dispensées aux médecins et personnel infirmier des centres désignés.

L'Agence a continué d'appuyer les deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance

en assumant, entre autres, les coûts de la formation des infirmières dédiées à ces cliniques et à leur participation aux congrès des centres jeunesse et des centres désignés en matière d'agression sexuelle.

De même, elle supporte le CALACS de Rimouski dans l'élaboration d'un outil pour lutter contre l'hypersexualisation qui devrait être publié en 2009.

Au printemps 2008, le 3^e volet de la Campagne de prévention sur les substances associées aux « drogues du viol » a été lancé et s'adressait principalement à une clientèle de moins de 18 ans. Le message véhiculé voulant qu'il soit important que les jeunes développent un comportement responsable en s'entraîdant, en s'autosurveillant et en portant assistance à une amie, un ami qui a un comportement inhabituel. Le visuel était représenté par une bande dessinée sur une affiche. En plus de cette affiche, un porte-clés en bandoulière reprenant les principaux messages a été distribué aux jeunes. Les écoles, les maisons de jeunes, la Sûreté du Québec et les CALACS ont été associés à cette démarche.



3.5 Programme santé physique

SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec

Le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ) a procédé à l'inauguration officielle de ses nouveaux locaux, le 9 février dernier, en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc, et de la vice-première ministre, ministre

des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, ministre responsable de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et députée de Bonaventure, madame Nathalie Normandeau.



Cette réalisation a été rendue possible grâce à la concertation de tous les partenaires. Une subvention annuelle récurrente de 150 000 \$ a été octroyée par l'Agence pour la location des locaux reliés au centre de communication santé sur une période de 25 ans; s'ajoute à cela une subvention annuelle de 1,6 million de dollars pour le fonctionnement du volet santé.

L'aménagement de ces nouveaux locaux, l'achat de nouveaux équipements ainsi que l'ajout de ressources humaines ont permis d'intégrer les trois dernières entreprises ambulancières de la région du Bas-Saint-Laurent au cours des mois de janvier à mars 2009. Il s'agit des entreprises suivantes :

- ☞ Coopérative des paramédics du Témiscouata (Notre-Dame-du-Lac et Cabano);
- ☞ Coopérative des paramédics du Grand-Portage (Rivière-du-Loup);
- ☞ Ambulance Pelletier Inc. (La Pocatière).

Il est important de souligner qu'en mars dernier, le CAUREQ recevait la reconnaissance de réaccréditation comme centre d'excellence de répartition médicale d'urgence. Cette reconnaissance est reconnue pour trois ans et est remise par l'Académie internationale de répartition des appels d'urgence.

Programme d'assurance qualité

Le programme d'assurance qualité a permis de réviser 308 interventions reliées aux protocoles de réanimation, effectuées par les techniciens ambulanciers-paramédics (TAP), ce qui a entraîné la tenue de 16 rencontres de perfectionnement (voir tableaux ci-joints). De plus, la révision des interventions a permis de réévaluer 1 991 interventions reliées à l'administration de médicaments effectuées par les TAP, ce qui a mené à 13 rencontres de perfectionnement (voir tableaux ci-joints).

Statistiques

(période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009)

Protocoles de réanimation

Arrêt cardiorespiratoire total	308
Masculin	206
Féminin	102
Temps de réponse moyen	13,3 min

Suivis protocoles de réanimation	Nombre
Suivi écrit	286
Suivi téléphonique	6
Rencontre de perfectionnement	16
Total	308

Taux de conformité aux protocoles de réanimation : 90 %

Protocoles d'administration de médicaments (PAMTA)

PAMTA total	1 991
Masculin	1 029
Féminin	962
Temps de réponse moyen	12,25 min

Suivis protocoles PAMTA	Nombre
Suivi écrit	1 962
Suivi téléphonique	16
Rencontre TA-I	13
Total	1 991

Taux de conformité aux protocoles du PAMTA : 95,4 %

Un nouveau logiciel provincial pour l'assurance qualité a été instauré en mars 2009 et sera utilisé pour la révision des cas à compter du 1^{er} avril 2009.

Quatre visites (pratiques supervisées) en entreprise, d'une durée de quatre heures chacune, ont eu lieu portant sur la réanimation, le programme d'administration des médicaments, la prévention des infections et la traumatologie. Plus de 80 % des techniciens ambulanciers-paramédics ont participé, de façon volontaire, à ces séances.

Programme de formation

Concernant les formations obligatoires, les techniciens ambulanciers-paramédics de la région ont reçu une journée de mise à jour en traumatologie ainsi qu'une journée sur la prévention des agressions physiques dans le cadre d'une intervention préhospitalière.

Premiers répondants

Une mise à niveau des protocoles d'intervention clinique des premiers répondants et de la formation « épipen » a été donnée aux premiers répondants de la municipalité d'Auclair. Une mise à jour de la formation RCR-DEA (défibrillateur externe automatisé) a été dispensée aux premiers répondants de l'île Notre-Dame-des-Sept-Douleurs.

Politique de déplacement des usagers

Les discussions se poursuivent toujours au MSSS concernant la possibilité de simplifier, modifier et bonifier certains critères de la circulaire actuelle.

En novembre dernier, l'Agence a procédé à la mise à jour de la politique afin d'éclaircir certains points qui suscitaient des interrogations. Elle en a profité pour transmettre une lettre à chacun des médecins de la région, accompagnée d'un dépliant pour les informer de la politique, particulièrement le volet électif, et de leur rappeler l'importance d'informer les usagers lorsqu'ils les réfèrent à l'extérieur pour recevoir des services qui ne sont pas disponibles dans la région. Des affiches ainsi que des dépliants ont également été transmis dans chacune des

installations des CSSS, groupes de médecine de famille et cliniques médicales de la région.

Formation de base offerte par le Cégep de Rivière-du-Loup

Deux cohortes en soins préhospitaliers d'urgence ont été offertes par le Cégep de Rivière-du-Loup dans le cadre du programme d'attestation d'études collégiales (AEC). La première se terminait en septembre 2008 alors que l'autre se terminait en novembre 2008. Une dizaine de finissants ont terminé ce programme et ont été engagés dans les entreprises ambulancières de la région. De plus, une cohorte de 30 étudiants, dont 10 du Bas-Saint-Laurent, a débuté le programme en novembre 2008 pour se terminer en septembre 2009. Là encore, les perspectives d'emploi pour ces étudiants sont excellentes.

Le Cégep offre également, depuis un an, une formation collégiale (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence. Vingt étudiants sont présentement inscrits à ce programme alors que 27 autres débiteront au cours de la prochaine année scolaire.

SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

Organisation générale des services et perspectives

Dans le but de consolider le processus d'intégration des missions des installations à l'intérieur des CSSS dans une véritable perspective de réseaux locaux de services (RLS), la Direction des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers a proposé un document de travail qui a servi à amorcer la réflexion des gestionnaires et professionnels des établissements quant à l'organisation des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. Les problèmes prioritaires à résoudre, les principes directeurs qui doivent sous-tendre l'organisation des services médicaux et les objectifs à atteindre ont fait consensus dès le départ.

Les axes d'intervention en 1^{re} ligne visent à :

- ✎ Assurer l'accès à un médecin de famille;
- ✎ Consolider l'organisation de la pratique de groupe en équipe interdisciplinaire;
- ✎ Créer des liens fonctionnels avec les 2^e et 3^e lignes;
- ✎ Soutenir l'organisation de la pratique en 1^{re} ligne quant aux pratiques probantes et à l'organisation efficiente des cabinets;
- ✎ Mesurer annuellement l'atteinte des cibles organisationnelles et cliniques, et faire la rétroaction nécessaire auprès des RLS, du Département régional de médecine générale (DRMG) et de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

Il a été convenu par tous les intervenants, lors du lancement du document de travail, que l'appropriation des orientations proposées s'effectuerait au niveau local avec le support de l'Agence. Il était, de plus, suggéré que chaque RLS fasse siens les axes d'intervention et les moyens d'action en établissant des objectifs opérationnels dont l'atteinte pourrait être évaluée à la fin des périodes prescrites, d'ici 2012.

Au 31 mars 2009, quatre établissements avaient tenu des réunions de travail avec l'Agence et s'étaient engagés à poursuivre les travaux localement afin de réaliser leur planification locale.

Quant aux travaux concernant les 2^e et 3^e lignes, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a pris acte des orientations et entend poursuivre ses travaux pour les disciplines de base au cours de la prochaine année.

Activités médicales particulières

Un comité de travail régional, identifié par le DRMG, a révisé les rôles qui lui sont dévolus selon l'entente sur les activités médicales particulières (AMP). En plus d'une surveillance accrue des AMP, plusieurs améliorations ont été apportées. Les processus d'adhésion et de renouvellement des AMP furent systématisés et le formulaire d'adhésion a été adapté. Le comité

élabore actuellement une section AMP sur le site Internet de l'Agence et tentera de quantifier les AMP disponibles pour chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS).

Cette année, 28 nouvelles demandes d'adhésion et une demande de modification aux AMP ont été acceptées. Le comité des AMP a étudié la possibilité de reconnaître officiellement les AMP des catégories v et vi (soutien à domicile et garde en disponibilité). Les catégories v et vi n'ayant pas été retenues, les secteurs prioritaires pour lesquels les médecins omnipraticiens peuvent comptabiliser des heures comme activités médicales particulières (AMP) demeurent les catégories i à iv : l'urgence, les soins aux patients admis en courte durée, les soins en CHSLD, en réadaptation et l'obstétrique en établissement.

Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique

Au 30 novembre 2008, 250 médecins étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit 14 de plus que l'année précédente; l'arrivée de 26 médecins a compensé le départ de 12 médecins.

Le Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique 2009, adopté le 24 septembre 2008 par le conseil d'administration de l'Agence, a connu un rehaussement autorisé de onze postes par rapport à l'année précédente. Les nouveaux postes sont répartis comme suit : deux dans le Kamouraska, quatre dans le Témiscouata, trois dans Les Basques, un dans La Mitis et un dans La Matapédia.

Au cours de l'année 2009, 4 départs et 5 arrivées sont à prévoir, ce qui ferait un total de 251 médecins.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

Le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2009, adopté le 10 décembre 2008 par le conseil d'administration de l'Agence, prévoit 222 postes de spécialistes, soit un de plus qu'en 2008. Un nouveau poste en médecine interne a été ajouté au Centre hospitalier régional du

Grand Portage. Par ailleurs, le CSSS de Rimouski-Neigette bénéficiera d'une opportunité de recrutement additionnelle en dermatologie. Cette nouvelle règle de gestion autorise le dépassement temporaire du plan d'effectifs médicaux d'un établissement qui retrouvera son niveau initial dès le prochain départ qui ne pourra être comblé. Actuellement, 176 médecins spécialistes sont installés dans le Bas-Saint-Laurent, ce qui représente une croissance nette de 2 médecins par rapport à l'année précédente résultant de 10 arrivées et 8 départs. Au cours de l'année 2009, 13 arrivées et 7 départs sont prévus, ce qui devrait porter le nombre de spécialistes à 182.

Mesures de soutien

En 2008-2009, 14 bourses de formation spécialisée, 27 primes d'installation et 3 bourses de perfectionnement ont été accordées dans le cadre du programme des mesures incitatives non négociées en régions désignées. Huit médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, candidats au permis restrictif d'exercice de la médecine, ont également bénéficié d'une aide financière dans le cadre du même programme au cours du stage d'évaluation exigé par le Collège des médecins du Québec. De plus, 20 étudiants en médecine ont réalisé un stage d'été tandis que 42 autres ont poursuivi un stage d'immersion clinique dans l'un des 8 CSSS du Bas-Saint-Laurent.

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, 133 externes et 94 résidents en médecine familiale et en spécialités ont réalisé un stage dans les établissements du Bas-Saint-Laurent pour un total de 558 mois-stages. Pour l'année scolaire 2008-2009 qui se terminera le 30 juin 2009, un total de 535 mois-stages était planifié dans les mêmes programmes.

Groupe de médecine de famille

Le 23 avril 2008, l'accréditation du Groupe de médecine de famille (GMF) de Matane a été confirmée. Il s'agit d'un GMF mixte regroupant deux cliniques privées et trois points de service

CLSC. Ce GMF est financé sur la base de 15 000 inscriptions, il regroupe 18 médecins et 2 infirmières.

Au 1^{er} avril 2009, rehaussement du financement du GMF de Témiscouata à 15 000 inscriptions.

À la suite de l'analyse de l'offre de service par le DRMG, le GMF du Grand-Portage voit son accréditation renouvelée pour une période de trois ans, soit jusqu'en juin 2011.

Le projet d'un GMF à Rimouski regroupant 12 médecins répartis dans 3 cliniques, soit la Clinique St-Barnabé, la clinique médicale du Bic et celle de St-Fabien, a été amorcé en cours d'année. La cible d'inscriptions visée est de 9 000 patients et répond à une offre de service complète. Nous prévoyons déposer le projet au Ministère en juin 2009.

Le GMF de La Matapédia a agrandi son site principal, ce qui a permis le jumelage de deux cliniques médicales.

À la suite du départ d'un médecin, le GMF Lafontaine a dû diminuer son offre de service en horaire défavorable.

Avec le déploiement du service régional Info-Santé, l'enregistrement des clientèles fragilisées est en cours dans la région, ce qui apportera un filet de sécurité aux clientèles à risque de décompenser en dehors des heures d'ouverture du GMF.

Lors de la réunion des médecins du Département régional de médecine générale en janvier 2009, une présentation sur les avantages de travailler en GMF s'est déroulée au CSSS de Kamouraska. Un groupe de médecins s'est montré intéressé. Une rencontre d'information pour ce groupe est prévue en mai prochain.

Demande d'un groupe de médecins au CLSC de Pohénégamook afin de constituer un GMF autonome ou de s'associer au GMF de Témiscouata. Une rencontre d'information a eu lieu. L'évaluation du projet est en cours.

Déploiement de l'application informatique *Clinique médicale virtuelle* dans les GMF de Rivière-du-Loup, de Témiscouata, de La Matapédia et de Matane. Cette application permet la livraison des résultats de laboratoire et de l'utilisation d'un prescripteur. À la suite de ce déploiement, plusieurs cliniques ne reçoivent plus leurs résultats de laboratoire « papier », mais sur support informatique.

Par ailleurs, une aide financière a été accordée à chaque GMF pour permettre l'entrée du profil pharmacologique de la clientèle vulnérable dans l'aviseur pharmacologique, et ce, dans le but d'en favoriser l'utilisation.

Les infirmières GMF ont été invitées à participer à deux rencontres régionales où elles ont pu échanger sur leurs outils cliniques et partager leur expertise. De la formation sur l'hypercholestérolémie leur a été offerte par le D^r Gilles Côté, médecin-conseil de l'Agence.

Une table de concertation régionale GMF a eu lieu en septembre 2008. Tous les médecins responsables des GMF et les adjointes administratives étaient présents.

Globalement, la région compte :

- 7 GMF;
- 111 médecins partenaires;
- 68 537 personnes inscrites, dont 23 506 sont vulnérables, soit 34 % du total des inscriptions.

Unité de médecine familiale

L'Unité de médecine familiale (UMF) multisites du KRTB, regroupant le Kamouraska, le Témiscouata, Rivière-du-Loup et Les Basques, a été accréditée en 2007 et peut accueillir douze médecins résidents. Elle reçoit également des stagiaires et des externes durant leur formation.

Des cinq résidents de deuxième année, trois ont choisi de poursuivre une année complémentaire de formation en urgence (deux) et en soins palliatifs (un).

Une des deux étudiantes terminant en 2009 s'installera dans La Matapédia et l'autre étudiante pratiquera la médecine dans sa région d'origine, le Nouveau-Brunswick.

Deux résidents passeront en deuxième année et trois nouveaux étudiants viendront, en juillet 2009, combler trois des six postes accrédités en première année de médecine familiale.

Plusieurs médecins se partagent les sept postes d'enseignant dans les différents sites de l'UMF.

Les travaux d'aménagement, requis pour l'enseignement, ont été achevés en 2007 aux Basques et au Témiscouata, mais restent à compléter sur les sites de Kamouraska et de Rivière-du-Loup.

Le budget de fonctionnement de l'UMF du KRTB a été de 846 670 \$ pour 2008-2009.

Onze médecins participent à l'enseignement à l'Unité de médecine familiale de Rimouski qui peut accueillir seize résidents pour leur formation en médecine de famille. En 2008-2009, l'UMF a comblé tous ses postes en résidence, tant en première qu'en deuxième année. À l'été 2009, neuf inscriptions pour la première année de résidence sont prévues. L'UMF accueille également des externes et des résidents en spécialités.

Cette année, six résidents termineront leur cours de médecine. Cinq s'installeront dans des régions éloignées. Trois ont choisi le Bas-Saint-Laurent, soit un dans la MRC de La Mitis et deux dans la MRC de Témiscouata. Un médecin pratiquera en Gaspésie, un aux Escoumins et un autre à la base militaire de Chicoutimi.

Services d'urgence

Les principaux indicateurs de trois établissements de la région dont les données sont informatisées (CSSS de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de Matane) présentent, pour la deuxième année, une détérioration de la

performance. La durée moyenne de séjour (DMS) des patients sur civière est passée de 12,6 à 13,5 heures et la DMS des patients de 75 ans et plus, de 17,6 à 18,4 heures, alors que les cibles ministérielles sont respectivement de 12 et 12,5 heures. De plus, 4,9 % des patients sont restés sur civière 48 heures ou plus, dont 9,4 % sont des personnes âgées de 75 ans et plus, les cibles étant respectivement de 1 % et 3 %. On note aussi une légère diminution de la performance pour les patients qui présentent un problème de santé mentale, avec une moyenne de 11,6 heures sur civière et 2,9 % de ces patients gardés à l'urgence 48 heures ou plus; ces données sont cependant en deçà des cibles ministérielles qui sont de 12 heures et de 0,5 %

des patients séjournant 48 heures ou plus sur civière. Ces résultats ne sont pas expliqués par l'achalandage puisque celui-ci est stable depuis cinq ans. Enfin, la situation dans les quatre autres établissements de la région dotés de services d'urgence rencontre les cibles ministérielles.

Ces performances résultent de deux facteurs principaux : en amont, des difficultés pour la clientèle à obtenir un suivi en temps opportun auprès d'un médecin de première ligne et, en aval, des taux d'hospitalisation élevés et des patients en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée.

Axe : Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

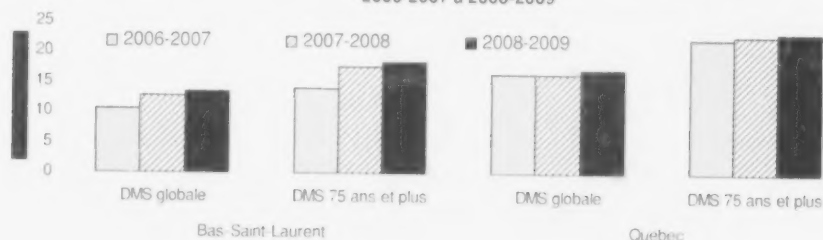
Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.9.1 Séjour moyen sur civière	12,6	12,0	13,5
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	17,6	12,5	18,4
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,9 %	1,0 %	4,9 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	7,9 %	3,0 %	9,4 %

Commentaires

Les principaux indicateurs de trois établissements de la région dont les données sont informatisées démontrent, pour la deuxième année, une détérioration de la performance. Enfin, la situation dans les quatre autres établissements de la région dotés de services d'urgence rencontre les cibles ministérielles. On constate cependant que la situation régionale se compare tout de même très favorablement à celle observée en moyenne dans la province. Ces performances résultent de trois facteurs principaux : des difficultés pour la clientèle à obtenir un suivi en temps opportun auprès d'un médecin; des taux d'hospitalisation élevés et des patients en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée.

Une intervention ministérielle a eu lieu à l'hiver 2009 auprès des deux établissements dont les performances se sont le plus détériorées au cours de la dernière année. Des plans d'action ont été présentés et un suivi est assumé conjointement par le Ministère et l'Agence.

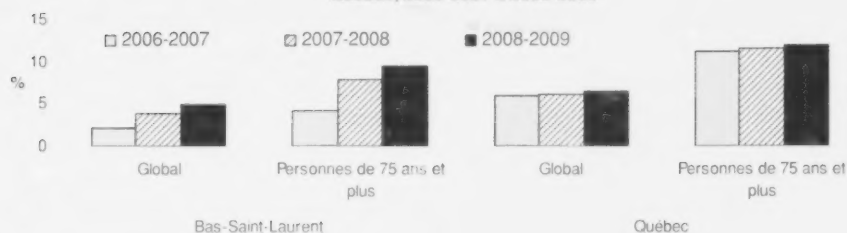
Sejour moyen sur civière à l'urgence, Bas-Saint-Laurent et Québec,
2006-2007 à 2008-2009



* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière, Bas-Saint-Laurent et Québec, 2006-2007 à 2008-2009



Axe : Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

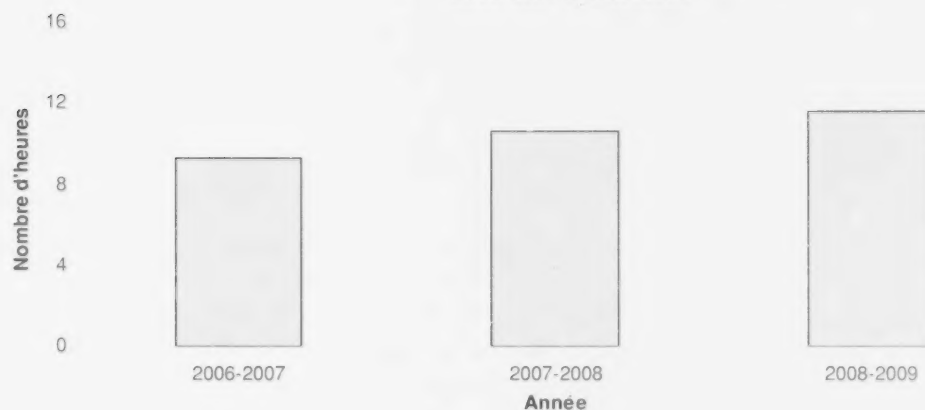
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	10,6	12,0	11,6
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,2 %	0,5 %	2,9 %

Commentaires

On note une légère diminution de la performance pour les patients qui présentent un problème de santé mentale avec une moyenne de 11,6 heures sur civière et 2,9 % de ces patients gardés à l'urgence 48 heures ou plus. Ces données sont cependant en deçà des résultats observés sur le plan national alors que le séjour moyen sur civière est de 20,1 heures et la proportion des séjours de 48 heures ou plus est de 8,7 %.

Séjour moyen sur civière à l'urgence - santé mentale, 2006-2007 à 2008-2009



* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Une intervention ministérielle a eu lieu à l'hiver 2009 auprès des deux établissements dont les performances se sont le plus détériorées au cours de la dernière année. Des plans d'action ont été présentés et un suivi est assumé conjointement par le Ministère et l'Agence. L'objectif est d'atteindre les cibles ministérielles déjà évoquées.

L'informatisation de l'ensemble des services d'urgence de la région étant maintenant complétée, nous possédons actuellement un outil qui permet aux gestionnaires locaux et régionaux de suivre quotidiennement l'évolution des performances et d'intervenir plus précocement.

Traumatologie

Tout au long de l'année, l'Agence a exercé une vigilance active sur les ruptures de services médicaux dans les établissements de notre région et sur leurs impacts sur notre réseau régional de traumatologie. Ainsi, selon les circonstances, des interventions ont été réalisées auprès des instances locales et des transporteurs ambulanciers afin d'optimiser nos corridors de services en traumatologie et d'assurer le meilleur service possible à la population. Dans la foulée de ces interventions, des modifications mineures ont été apportées à certains corridors d'orientation en traumatologie pour deux territoires de l'ouest de notre région.

Télésanté (volet PACS)

Les travaux menant au déploiement d'un système régional d'imagerie médicale numérisée qui permettra l'acquisition, l'archivage et la transmission des images radiologiques entre les établissements de la région se sont poursuivis en cours d'année. Ce système connu des intervenants du réseau sous l'acronyme PACS s'inscrit dans le cadre des projets télésanté du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)-Laval en lien avec le Dossier de santé du Québec (DSQ). Le CSSS de Rivière-du-Loup a terminé ses travaux de déploiement et, depuis le mois de novembre 2008, la totalité de son

imagerie médicale est entièrement numérique, ce qui fait de cet établissement le premier de notre région à être sans films. Les autres établissements de notre territoire poursuivent leurs travaux qui doivent se terminer en décembre 2009.

Radio-oncologie

En 2008-2009, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a traité 801 patients comparativement à 762 patients pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 5,1 % de la clientèle desservie. En ce qui concerne le délai d'attente de ces patients, 99,3 % d'entre eux ont commencé leurs traitements dans le délai maximal d'attente de 4 semaines fixé par le Ministère. L'année dernière, ce résultat était de 93 %. Rappelons ici que la cible ministérielle, en cette matière, est de 90 % de la clientèle traitée dans un délai de 4 semaines.

Fait important à souligner, en août 2008, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a reçu six patientes en provenance de Montréal dans le cadre du programme spécial de désengorgement des centres de radiothérapie de la région 06.

Activités chirurgicales

Il faut d'abord noter que le système d'information de l'accès à la chirurgie a maintenant atteint son rythme de croisière, ce qui a permis d'épurer les listes d'attente et de faire en sorte que les patients en attente soient opérés selon un critère de durée d'attente. Pour l'ensemble de la région, 95,6 % des patients ont été opérés dans les délais prévus. Un seul établissement du territoire n'atteint pas ce taux pour un type d'intervention, mais uniquement en raison de deux arthroplasties du genou qui n'ont pas pu être réalisées dans le délai prévu de six mois.

En ce qui concerne la production de services, les cibles établies pour 2008-2009 ont été atteintes et largement dépassées pour les arthroplasties de la

hanche et du genou et les ablations de la cataracte avec implantation de lentille intra-oculaire. Cependant, l'accent mis sur l'atteinte des objectifs pour ces interventions semble avoir

eu un impact sur le nombre total de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation pour lesquelles les cibles n'ont pas été atteintes.

Axe : Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	137	149	171
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	220	229	244
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 999	1 674	2 231
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 119	5 296	5 210
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	4 062	4 738	3 844

Commentaires

Il faut noter l'excellente performance des établissements dans le domaine des chirurgies dont l'accès devrait être assuré dans un délai de six mois; ces résultats sont le reflet de la priorité donnée par les établissements à la réalisation d'objectifs ministériels prioritaires. Cependant, ce mode de fonctionnement, couplé à des problèmes de pénurie d'anesthésiologistes en raison de départs à la retraite, a fait en sorte que le volume total d'interventions chirurgicales a diminué, surtout dans le cas des chirurgies avec hospitalisation.

Axe : Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats*** 2008-2009
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	Nouveau	90,0 %	95,6 %
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	Nouveau	90,0 %	96,7 %
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Nouveau	90,0 %	95,9 %

Commentaires

Nous considérons que ces résultats sont excellents et démontrent l'attention apportée par les gestionnaires des établissements et les chirurgiens aux priorités ministérielles et à la gestion des listes d'attente.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009, formulaire 200 de Gestred.

*** Résultats en date du 11 mai 2009.

CSSS affilié universitaire régional

Contexte du développement de la mission universitaire au Bas-Saint-Laurent

Au cours des dix dernières années, les admissions dans les facultés de médecine ont doublé, générant une pression sans précédent sur les milieux cliniques de formation des établissements à désignation universitaire, de même que sur les médecins y œuvrant. À l'Université Laval (UL), l'augmentation de la clientèle étudiante impose le déploiement de milieux de stage sur l'ensemble de son territoire. Fort de son expérience de plus de vingt ans, grâce à son unité de médecine familiale affiliée à l'UL, le CSSS de Rimouski-Neigette, par l'entremise de l'Hôpital régional de Rimouski, constitue la principale possibilité de développement pour l'enseignement clinique sur le territoire du RUIS-UL.

En plus de contribuer à l'implantation de nouveaux milieux de stage pour la formation clinique, le développement de la mission universitaire au CSSS de Rimouski-Neigette est non seulement fondamental pour assurer la vitalité de notre réseau, mais doit aussi contribuer à consolider les services dispensés loin des grands centres, et ce, pour tout l'Est du Québec. De même, l'implantation d'un pôle de formation et de recherche en santé au Bas-Saint-Laurent devrait favoriser la collaboration entre les établissements avec ou sans désignation universitaire, la Faculté de médecine de l'UL et les agences de la santé et des services sociaux du territoire, par une participation accrue des acteurs de l'Est du Québec au développement de la mission du RUIS-UL, notamment pour l'organisation des corridors de services et d'enseignement.

Les grands objectifs

Depuis plusieurs mois, le CSSS de Rimouski-Neigette travaille en étroite collaboration avec l'Agence au développement de la mission universitaire. À terme, le projet doit mener à l'obtention d'une désignation de centre affilié universitaire régional pour ce CSSS et à la

décentralisation d'une cohorte d'étudiants en médecine dans le cadre d'un campus médical satellite tel qu'expérimenté ailleurs au Québec.

Un programme de formation à l'externat unique

La formation d'une cohorte complète d'externes constituant le principal défi pour l'atteinte de nos objectifs, les énergies ont été concentrées sur le développement du programme de formation à l'externat pour l'accueil d'un premier groupe de six étudiants dès septembre 2009. Ce programme unique favorisera l'exposition des étudiants à la médecine familiale, de même que l'intégration des savoirs pratiques dans un contexte multidisciplinaire et de continuité des soins. Ce dernier fut élaboré conjointement à l'identification des principales contraintes à l'accueil d'une cohorte de 24 étudiants en médecine, nombre correspondant au seuil minimal pour permettre la décentralisation de la formation médicale de base au Bas-Saint-Laurent. Pour atteindre cet objectif d'ici 2012, la participation d'au moins un autre CSSS de l'Est du Québec est essentielle. L'UL n'exclut pas la possibilité de constituer une cohorte de 30 à 36 étudiants si plus d'un CSSS s'associait au projet, dont Rivière-du-Loup, Gaspé, Maria ou Baie-Comeau.

Des appuis officiels; un projet adopté

Les appuis de l'administration du CSSS de Rimouski-Neigette, des médecins de l'établissement et de l'Agence furent ensuite rapidement officialisés afin de permettre la préparation des demandes en immobilisation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à temps pour l'accueil d'une première cohorte de six externes en septembre 2009. Le 18 décembre 2008, l'Agence a transmis une demande d'appui formel au MSSS et à l'UL, laquelle faisait état de l'avancement du projet et des appuis obtenus, mais aussi des inquiétudes liées aux contraintes physiques sévères vécues dans les cliniques externes et sur les unités de soins, de même qu'à la vétusté du secteur chirurgical reconnue dans le rapport du comité conjoint Fédération des médecins

spécialistes du Québec (FMSQ)-MSSS. En janvier 2009, l'Agence a reçu un appui officiel de ces deux partenaires majeurs, nous assurant de leur collaboration pour l'atteinte des objectifs du projet, et où le MSSS s'engageait à financer les aménagements nécessaires à l'accueil des étudiants, dès réception et évaluation des demandes du CSSS de Rimouski-Neigette pour la réalisation des aménagements nécessaires à l'enseignement.

Une gestion de projet serrée

Une structure de gestion du développement de la mission universitaire au CSSS de Rimouski-Neigette permet la coordination de l'ensemble des activités des comités nécessaire à la réalisation du projet dans un délai très court. Le comité de pilotage, au cœur du projet, soutient les activités des comités de travail sur les infrastructures, les ressources humaines, l'enseignement, la recherche, la désignation universitaire et les communications, et finalise actuellement la documentation du projet. Cette documentation sera transmise au MSSS sous forme de manuel d'organisation de projet, dès avril 2009, pour leur permettre de prendre connaissance du projet dans sa globalité, incluant la définition de projet et ses objectifs, sa structure de gestion et ses différents responsables, et enfin, la planification détaillée de tous les aspects du projet.

Des partenariats régionaux à consolider

Le comité stratégique se rencontrera sous peu pour prendre la direction du projet, orienter le comité de pilotage dans ses actions et assurer la participation et la collaboration entre les différents partenaires nécessaires à la réussite du projet, dont le CSSS de Rivière-du-Loup (convoité pour l'enseignement médical), l'Université du Québec à Rimouski (partenaire en recherche en santé et pour l'enseignement multidisciplinaire) et le Centre de recherche en biotechnologies marines (partenaire en recherche).

Le principal partenaire en enseignement clinique au Bas-Saint-Laurent à associer au projet

demeure le CSSS de Rivière-du-Loup. Dans les prochains mois, beaucoup d'énergie sera consacrée à la consolidation de l'appui médical et à la formation d'une équipe locale de projet. Enfin, la représentation des autres CSSS de la région devra aussi être favorisée par une coordination régionale de l'enseignement, laquelle favorisera la participation des plus petits centres ainsi qu'un partage plus équitable des retombées de ce projet d'envergure pour le Bas-Saint-Laurent.

SERVICES PHARMACEUTIQUES ET LABORATOIRES

Circuit du médicament

En suivi de l'exercice de planification régionale réalisé en 2007-2008, la région a déposé au Ministère sa demande officielle de financement pour la phase 1 du circuit du médicament. Cette première phase reposait sur l'implantation de la distribution des médicaments en mode unidose, ce qui nécessitait notamment l'acquisition d'équipements, soit des ensacheuses et des chariots de distribution.

À ce sujet, la région s'est inscrite dans la première vague d'appel d'offres provincial pour l'achat d'une ensacheuse automatisée pour un établissement ainsi que des chariots de distribution pour quatre établissements.

Outre l'utilisation de nouveaux équipements, le mode de distribution unidose nécessite d'apporter des changements de pratique particulièrement dans les unités de soins. L'Agence a apporté un soutien aux établissements en rendant accessible une personne-ressource, ce qui a permis l'élaboration d'un contenu de formation sur ce sujet ainsi qu'un support direct en établissement.

Laboratoires

Au cours de l'année, le comité régional des laboratoires s'est donné comme mandat d'optimiser l'organisation territoriale de ses

services. Ce comité réunit un groupe de médecins, des cliniciens œuvrant dans les différents domaines liés aux laboratoires et l'ensemble des coordonnateurs administratifs des services de biologie médicale sur le territoire. Pour ce faire, l'analyse de pertinence des procédures disponibles a été réalisée par les coordonnateurs administratifs. Cette analyse permettra d'évaluer les possibilités de spécialisation des laboratoires afin d'augmenter l'efficacité et de diminuer les coûts de fonctionnement. Cette réorganisation est susceptible d'augmenter les besoins de transport des échantillons entre les laboratoires. Ce dossier sera donc traité prioritairement au cours de l'année qui suit afin d'assurer la qualité des échantillons transportés et la fiabilité des analyses réalisées.

Parallèlement à ces travaux, les huit laboratoires de biologie médicale de la région du Bas-Saint-

Laurent se sont engagés dans le processus d'agrément afin de garantir un niveau élevé de qualité. Pour soutenir les établissements dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité, l'Agence a décidé de financer, pour une année supplémentaire, le mandat de la chargée régionale de projet pour l'agrément des laboratoires. À l'exception du CSSS des Basques, l'ensemble des établissements a reçu la visite d'un organisme d'agrément reconnu. Les rapports de visite identifient les points forts et les points faibles, permettant à l'ensemble des intervenants de prendre les mesures qui s'imposent pour assurer les meilleurs services de biologie médicale. Jusqu'à présent, les CSSS de Rimouski-Neigette et de La Matapédia ont reçu un agrément conditionnel. C'est ce type d'agrément qui est le plus régulièrement décerné aux établissements. Au Bas-Saint-Laurent, la qualité des services de biologie médicale se situe donc dans la moyenne québécoise.

3.6 Projet clinique « Jeunes »

Le projet clinique « Jeunes » touche l'ensemble du continuum de services, de la promotion-prévention jusqu'aux services spécialisés de réadaptation.

PROMOTION-PRÉVENTION

En continuité avec l'année précédente, les principales mesures en promotion-prévention touchent l'allaitement maternel, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), l'approche « École en santé », la santé dentaire et la concertation intersectorielle.

Depuis ces dernières années, l'Agence travaille avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de son territoire à l'implantation de l'initiative « Ami des bébés ». Ce programme est la principale stratégie priorisée par le MSSS dans le but de changer les pratiques de soins pour promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel dans les établissements de santé.

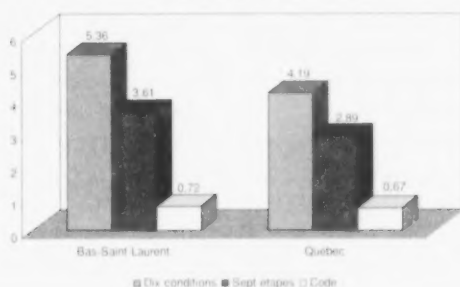
L'efficacité de ce programme repose sur des données probantes reconnues internationalement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF. Il a permis à plusieurs pays d'augmenter la durée de l'allaitement, d'améliorer la qualité des soins et d'en diminuer les coûts. Au Québec, le titre « Ami des bébés » est décerné aux établissements qui passent avec succès une évaluation externe approuvée par le comité d'agrément du MSSS. Pour obtenir cette accréditation, les CSSS du Bas-Saint-Laurent doivent appliquer la totalité des dix conditions pour la réussite de l'allaitement en centre hospitalier, les sept étapes en CLSC et respecter le Code international de commercialisation des substituts au lait maternel.

Initiative « Amis des bébés »

Au cours de la dernière année, des activités de diffusion des résultats de l'évaluation du MSSS de 2007 ont eu lieu sur le niveau d'implantation

de l'initiative « Ami des bébés » dans les CSSS de la région. Lors de cette évaluation, une note a été attribuée pour chacun des CSSS afin de connaître leur niveau d'avancement dans l'actualisation des conditions du programme. Le bilan des résultats régionaux, comparés aux résultats provinciaux, porte à croire que le soutien clinique et les investissements financiers des dernières années ont grandement facilité l'implantation de ce programme dans les CSSS de notre région. Globalement, les résultats sont positifs et permettent maintenant à certains CSSS de commencer le processus de certification « Ami des bébés », et pour d'autres, de préciser les actions à court et à moyen terme pour y arriver. L'Agence continue de soutenir activement les CSSS dans leur travail.

Scores globaux des dix conditions, des sept étapes et du Code au Bas-Saint-Laurent



En septembre dernier, dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, les CSSS, les professionnels de la santé, les organisations régionales, municipales et économiques, et les partenaires intersectoriels de la table COSMOSS (Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé) ont été invités à afficher le pictogramme international de l'allaitement maternel dans leur milieu. Ce symbole indique aux femmes qu'elles sont les bienvenues et qu'elles peuvent allaiter dans ce lieu.



Au Bas-Saint-Laurent, en 2008-2009, près de 85,5 % des femmes ont commencé l'allaitement en service de maternité. Il est important que ce mode d'alimentation reste le choix privilégié le

plus longtemps possible. Nous espérons que ce petit geste permettra d'offrir des environnements plus favorables à l'allaitement maternel et d'encourager les femmes à persévérer dans leur choix.

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE)

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité sont en place pour maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de la naissance à 5 ans. Ils visent à la fois un accompagnement des familles, mais aussi le soutien à la création d'environnements qui leur soient favorables.

Les dernières données rapportent qu'un peu plus de 460 familles du Bas-Saint-Laurent ont été suivies (sans tenir compte de l'intensité des services), dont 160 familles inscrites dans le volet jeunes parents et 309 inscrites dans le volet extrême pauvreté.

Plus de 150 familles ayant des enfants entre 0 et 5 ans ont pu bénéficier en moyenne de 4 activités de cuisines collectives, de jardins communautaires ou d'activités éducatives dans le cadre de projets en sécurité alimentaire rattachés au développement d'environnements favorables pour ces familles.

Le volet 2-5 ans des SIPPE concernant plus spécifiquement l'intervention précoce a fait l'objet en cours d'année d'un 3^e bilan triennal (pour les années 2005-2006 à 2007-2008). Le programme continue à rejoindre en moyenne un peu plus de 400 enfants et leur famille annuellement. Les objectifs du programme visent à prévenir les retards de développement chez les enfants et à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle éducatif. Les résultats des observations réalisées en début et en fin d'année démontrent effectivement des améliorations dans les différentes sphères de développement tant chez les garçons que chez les filles.

Par ailleurs, dans le cadre de chantiers nationaux des SIPPE visant à documenter différentes dimensions, balises et orientations du programme pour en faciliter une actualisation sur le terrain, la région participe au comité visant à soutenir les régions dans le choix d'un outil de mesure du développement de l'enfant.

Programme d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie, un projet en aide alimentaire a été mis sur pied avec les trois organismes Moissons de la région. Le projet de trois ans veut contribuer à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie pour les jeunes et les familles les plus démunies. Un accès plus grand à des fruits et à des légumes ainsi qu'à une information éducative pertinente se développe dans chacune des huit municipalités régionales de comté (MRC) du Bas-Saint-Laurent. De plus, des collaborations avec les producteurs maraîchers, les marchands et les distributeurs en alimentation se concrétisent pour renforcer l'achat local. Pour la première année du projet, 1 337 familles différentes ont reçu des fruits et des légumes par l'entremise du projet. À cela s'ajoutent 419 jeunes âgés de 17 à 25 ans vivant à l'extérieur de ces familles.

Santé dentaire publique

Concernant la santé dentaire, l'ensemble des hygiénistes dentaires des CSSS a reçu la formation pour réaliser l'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire. La mise en application de cette mesure se réalise par une procédure dite « à quatre mains ». Une entente de collaboration permettant un échange de service avec l'hygiéniste dentaire du CSSS voisin a été conclue. Ainsi, cette mesure préventive a été rendue disponible auprès d'un certain nombre d'enfants le plus à risque de développer la carie dentaire, comme décrit dans le Plan d'action en santé dentaire publique 2005-2012. Afin de maximiser cette offre de service, un projet pilote est en déploiement depuis janvier 2009 sur le territoire des CSSS de Matane, de La

Matapédia, de La Mitis, de Rimouski-Neigette et de Témiscouata, et ce, grâce à l'ajout temporaire d'un poste d'hygiéniste dentaire.

Actions intersectorielles

Dans tout le secteur jeunesse (incluant les jeunes adultes), la concertation multisectorielle locale et régionale se poursuit notamment autour de l'initiative COSMOSS et d'une entente de partenariat concernant le travail de rue. Une entente avec les différents partenaires de la région (ex. : municipal, scolaire, santé et emploi) visant à expérimenter le travail de rue dans les huit MRC du Bas-Saint-Laurent fut signée en mars 2008. Entre le début du projet en juin 2008 et le 31 mars 2009, les travailleurs de rue ont effectué près de 9 000 interventions auprès de quelque 21 000 jeunes.

SERVICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS POUR LE PROGRAMME « JEUNES EN DIFFICULTÉ »

En janvier 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux en fonction lançait officiellement les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité et d'efficience pour le programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*.

Cette offre de service traduit les attentes ministérielles envers les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés. Elle s'inscrit dans la continuité des orientations déjà adoptées et les consensus établis, notamment en ce qui concerne la hiérarchisation et le continuum de services.

En ce qui concerne l'encadrement clinique, l'Agence a poursuivi pour une deuxième année son soutien financier destiné à l'implantation de cette mesure dans les CSSS. Au niveau régional, un soutien professionnel est offert aux personnes responsables de l'encadrement clinique, notamment par de la formation, afin de les

soutenir dans l'intégration de leur rôle et dans l'actualisation des activités d'encadrement clinique. Cette mesure s'inscrit dans les standards d'accès, de qualité et de continuité de services. C'est un des moyens préconisés pour l'atteinte des cibles visées dans le cadre des

ententes de gestion à l'égard des plans d'intervention (PI) et des plans de services individualisés (PSI). Une augmentation notable des PI et des PSI a été rapportée au cours de la dernière année.

Axe : Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
I.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) atteints en CSSS (mission CLSC)	3 836	3 888	4 091
I.6.2 Nombre moyen d'interventions par utilisateur (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,7	7,0	7,00

Commentaires

Le nombre de personnes atteintes est en constante augmentation et dépasse même la cible ministérielle de 2009-2010.

Concernant l'intensité, la cible de 7 interventions par utilisateur est atteinte.

Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) atteints en CSSS
(mission CLSC), 2006-2007 à 2008-2009



* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

En lien avec les différentes orientations ministérielles, quelques-uns des travaux de la prochaine année porteront sur la mise en œuvre de la Politique de périnatalité et l'expérimentation de services intégrés d'intervention en négligence. À ce sujet, des travaux tripartites (CSSS, CJ et Agence) sont amorcés pour développer dans la MRC de La Matapédia une programmation de services

d'intervention intégrée en négligence s'adressant à des clientèles à haut risque de négligence. L'objectif ultime est de protéger les enfants tout en supportant les pratiques parentales adéquates.

Concernant les services spécialisés en centres jeunesse, la situation relative à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) a connu une progression significative.

Axe : Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté

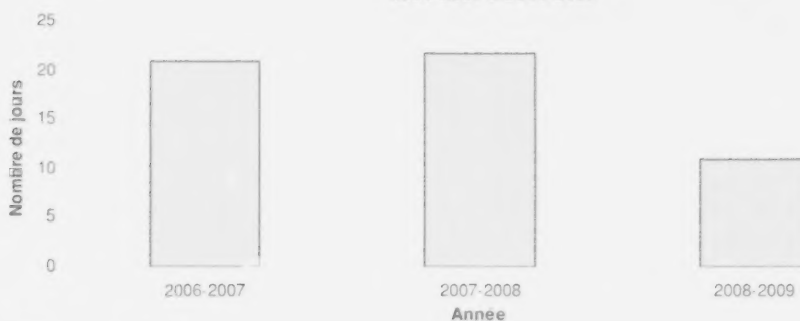
Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA, dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
I.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	21,7	16,0	10,90
I.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	16,0	30,0	14,21
I.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	3,2	14,0	1,01
I.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	5,6	7,0	5,94

Commentaires

La situation s'est nettement améliorée en 2008-2009, particulièrement en ce qui concerne le délai moyen d'attente à l'évaluation. Toutes les cibles sont largement atteintes. Les investissements des dernières années, de même que les directives administratives du Centre jeunesse, ont assurément eu des effets porteurs.

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse,
2006-2007 à 2008-2009



* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

3.7 Projet clinique « Santé mentale incluant le suicide et les dépendances »

Appuyées sur les orientations ministérielles en matière de santé mentale, de dépendance et sur les priorités retenues dans le cadre d'ententes entre l'Agence et les établissements du Bas-Saint-Laurent, différentes actions se sont poursuivies en cours d'année afin d'actualiser les cibles retenues.

Mentionnons que la région oriente son offre de service vers une organisation de services intégrés, autour d'une première ligne forte et axée sur une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

SANTÉ MENTALE INCLUANT LE SUICIDE

Les services de première ligne en santé mentale

Bien que le virage soit amorcé et que l'offre de service en première ligne se soit améliorée durant les années antérieures, les huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont poursuivi leurs travaux afin de définir clairement la voie d'accès aux services pour la clientèle en santé mentale. À ce chapitre, au niveau régional, deux voies d'accès ont été privilégiées par l'intermédiaire de l'accueil-évaluation-orientation-référence de sept des huit CSSS qui sont visés par ce type de modalités d'accès. De son côté, en raison de sa population supérieure à 50 000 habitants et dans le but de répondre aux attentes ministérielles, seul le CSSS de Rimouski-Neigette est tenu de se prévaloir d'un guichet d'accès aux services de santé mentale.

Les CSSS ont également poursuivi leurs efforts dans l'élaboration de leurs mécanismes d'accès, de liaison et de référence afin d'assurer une réponse rapide aux services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes, les adultes et leurs proches.

Cette année, de nouveaux crédits versés aux CSSS ont permis de rehausser les équipes de première ligne à l'intention de la clientèle adulte en santé mentale.

Également, pour une deuxième année, un soutien financier de l'Agence a été accordé aux huit CSSS dans la perspective de soutenir leurs intervenants dans le changement des pratiques et des façons d'intervenir. Par l'intermédiaire des services spécialisés, les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette mettent aussi un soutien clinique à la disposition des équipes de première ligne en santé mentale.

Axe : Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 962	3 723	3 179

Commentaires

Tous les effets de l'investissement en santé mentale - première ligne des deux dernières années ne sont toujours pas perceptibles puisque certains établissements ont procédé à l'embauche de personnel seulement en cours d'exercice ou sont toujours en recrutement.

La réorganisation des services en santé mentale au sein des CSSS, le départ de plusieurs gestionnaires et l'arrivée de nouveaux ont eu des répercussions défavorables sur l'atteinte des cibles. De plus, certains établissements éprouvent d'importantes difficultés dans le recrutement pour des postes en psychologie, en psychothérapie, en *nursing* et en travail social.

Différentes activités de formation ont été offertes aux intervenants et d'autres sont à venir durant le prochain exercice financier (suivi intensif en équipe dans la communauté, soutien d'intensité variable et suivi étroit pour la clientèle à risque suicidaire), ceci, dans le but de les soutenir dans l'amélioration de leurs connaissances et le changement de leurs pratiques. La présence de l'encadrement clinique dans les huit CSSS contribue également à optimiser l'offre de service.

Soulignons aussi que les personnes suivies en thérapie de groupe ne sont pas comptabilisées par l'indicateur. Si tel était le cas, le nombre d'usagers serait plus élevé.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Pour soutenir ces établissements vers une meilleure accessibilité aux services de première ligne en santé mentale, un soutien professionnel et continu a été apporté par l'Agence en termes de production de documents, d'animation de rencontres et de présentations des orientations dans le cadre de rencontres stratégiques.

Finalement, les services de deux psychiatres ont été retenus pour agir à titre d'experts-conseils auprès de l'Agence. Leur mandat porte sur l'identification des meilleures pratiques en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, du suicide et de la comorbidité et sur le soutien à l'actualisation des orientations ministérielles et régionales en matière d'organisation de services en santé mentale et de la comorbidité.

Suivi dans la communauté : suivi intensif et soutien d'intensité variable

En collaboration avec l'Agence, les travaux se sont poursuivis au niveau sous-régional entre les CSSS des territoires respectifs afin de déterminer la trajectoire de services et de convenir des arrimages entre les différentes mesures de suivi dans la communauté.

Cette année, des montants ont été alloués aux CSSS pour l'ajout d'intervenants dans les équipes de santé mentale pour le service de soutien d'intensité variable.

La prochaine étape sera de conclure des ententes de partenariat entre les établissements à vocation spécialisée et les CSSS locaux.

Axe : Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

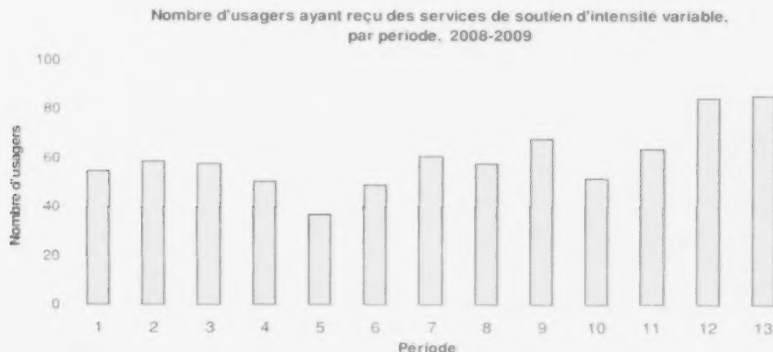
- En suivi intensif (56 personnes/100 000 habitants);
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (190 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	42	233	60
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	179	140	167

Commentaires

En 2008-2009, un investissement important de 728 000 \$ représentant 10,4 ETC a été effectué afin de constituer des équipes spécifiques au soutien d'intensité variable. À la période 13, l'actualisation de ce développement n'était pas encore complétée en raison du temps consacré à la coordination et à la réorganisation des services, de même qu'à la recherche de solutions pour recruter du personnel qualifié. Durant le prochain exercice, différentes activités de formation offertes par le Centre national d'excellence en santé mentale seront mises à la disposition de l'ensemble des équipes de suivi intensif et celles de soutien d'intensité variable afin d'améliorer leurs connaissances et de modifier leurs interventions selon les meilleures pratiques reconnues dans ce domaine.

L'arrimage des services spécifiques en santé mentale avec les services spécialisés est en voie d'être complété et le soutien clinique apporté aux intervenants devrait permettre d'envisager que la cible 2009-2010 soit atteinte. Une promotion régionale de ces deux services auprès du milieu médical est prévue. On constate d'ailleurs une croissance sensible du nombre moyen d'usagers ayant reçu des services pendant les deux dernières périodes comme en fait foi le graphique qui suit.



* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	68	40	92

Commentaires

Selon une note reçue d'un établissement au cours de l'été, le résultat réel de 2007-2008 était sous-évalué de 100 et aurait dû se lire 168. La situation s'est donc améliorée contrairement à ce que laissent voir les résultats officiels. Par ailleurs, l'absence de pédopsychiatre oblige certains psychiatres à se partager les demandes de référence de la clientèle jeune, ce qui a un impact sur les délais d'attente de la clientèle adulte.

Les différentes structures de concertation en santé mentale, pour la clientèle jeunesse et pédiatrique ainsi que pour la clientèle adulte, réunissant les centres de santé et des services sociaux et l'Agence permettent de revoir, sur une base continue, l'organisation de services pour ces deux clientèles. Des travaux sont également en cours sur les mécanismes d'accès en santé mentale. Cette mise en réseau facilite les discussions en vue d'améliorer les situations problématiques et, par conséquent, d'aider à l'atteinte des cibles.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Ressources non institutionnelles en santé mentale

Au cours des dernières années, les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup ont poursuivi la transformation des services résidentiels en santé mentale afin de répondre aux besoins en constante évolution de la clientèle en santé mentale et celle présentant des problématiques mixtes. Cette réorganisation a donné lieu à l'ajout de nouveaux services résidentiels (appartements supervisés et soutien au logement) et, par conséquent, a permis de diminuer le nombre de ressources non institutionnelles en concordance avec les requis du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens ».

Pour soutenir l'ensemble de l'opération portant sur la réorganisation des services résidentiels et dans l'amélioration du continuum de services, l'Agence a assuré la coordination du travail d'une ergothérapeute. Son mandat consistait à cerner le profil de fonctionnement et d'autonomie pour des clientèles utilisant les ressources non institutionnelles en santé mentale dans chacun des deux secteurs de la région et à émettre des recommandations. L'évaluation complétée a donné lieu à un bilan qui servira

d'intrants dans la poursuite des travaux au plan régional.

Précisons que cette transformation s'effectue dans le plus grand respect des personnes. D'ailleurs, le rétablissement et le développement de l'autonomie constituent le point central de la réorganisation des services et le développement de ressources afférentes.

Services d'intervention de crise

Pour accompagner les huit CSSS dans le développement du service de suivi étroit intégré dans la communauté pour la clientèle à risque suicidaire élevé, l'Agence a rencontré chacun des comités de direction de ces établissements. Chaque CSSS était invité à ajuster son offre de service en fonction des caractéristiques et de la disponibilité des ressources en place (équipes de première ligne, omnipraticiens, ressources communautaires).

Six des huit CSSS ont déployé ce service tandis que les deux autres sont en voie d'implantation. Des mécanismes d'accès et de liaison entre ces services du CSSS et d'autres ressources ont été établis.

Des outils d'aide à la tâche s'adressant aux intervenants désignés spécifiquement à ce service ont été rendus disponibles. Durant le prochain exercice financier, des activités de formation et du « coaching » professionnel leur seront offerts.

Parallèlement à la mise en place de ce service, une démarche d'évaluation est en cours afin de connaître les conditions d'implantation qui prévalent dans chacun des territoires des CSSS, de façon à faire ressortir les conditions de succès et les contraintes rencontrées. Cette évaluation est en partie soutenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Révision du cadre de référence sur l'intervention de crise et sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

Ce nouveau cadre se situe également dans le contexte de l'arrivée éventuelle d'Info-Social ainsi que le développement du service de suivi étroit et intégré pour la clientèle à risque suicidaire, ce qui a commandé une révision des deux cadres de référence régionaux adoptés antérieurement.

Pour ce faire, à l'automne 2008, sous la coordination de l'Agence, un comité de travail formé de représentants des établissements et des organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires intersectoriels a participé à l'élaboration d'un nouveau cadre de référence régional.

Implication des personnes utilisatrices

Sous la gouverne de l'organisme communautaire PLAIDD-BF, le Regroupement et implication des personnes utilisatrices (RIPU) en santé mentale a permis de répondre à l'une des cibles du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 qui est de favoriser la participation des personnes

utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision.

Or, la mise en place du RIPU, soutenue financièrement par l'Agence, nous ouvre la possibilité privilégiée de compter sur la présence de représentants des clientèles en santé mentale aux différentes tables ou aux différents comités de travail tant aux plans local, sous-régional que régional.

Soutien professionnel en matière de santé mentale

Pour soutenir les gestionnaires des CSSS dans le cadre de leur mandat, l'Agence a mis à leur disposition des activités de formation :

- Deux journées de formation portant sur le rétablissement et sur l'offre de service en santé mentale dispensées par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux s'adressant aux gestionnaires concernés;
- Une journée de sensibilisation sur les services dans la communauté, en l'occurrence le suivi intensif et le soutien d'intensité variable.

De plus, différentes activités de formation en santé mentale ont été rendues disponibles aux intervenants des CSSS et des partenaires intersectoriels afin de les soutenir dans leur pratique clinique.

Les principales formations ont porté sur les thèmes suivants :

- Évaluation et traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux;
- Pathologies psychiatriques et intégration à l'emploi;
- Troubles de personnalité limite;
- Plan d'intervention et plan de service individualisé;
- Gestion autonome des médicaments;
- Omega.

Colloque sur la détresse psychologique au travail - Vers un mieux-être au travail : les pratiques gagnantes

L'Agence a participé à un colloque organisé par l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), le 15 mai 2008, portant sur la promotion de la santé psychologique au travail.

Cet événement qui a réuni plus d'une centaine d'intervenants a permis de connaître les pratiques gagnantes en santé psychologique au travail.

Services de santé mentale en centre jeunesse

Dans l'optique de répondre aux besoins des jeunes du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent présentant des problèmes de santé mentale, une équipe de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau en santé mentale a été formée. Cette équipe est composée d'une infirmière et d'un psychologue.

P **RÉVENTION DU SUICIDE**

Sous l'égide du Comité intersectoriel de la stratégie relative à la prévention du suicide animé par l'Agence, différentes actions sont menées afin de prévenir et de réduire le nombre de suicides dans la région.

Les principales actions sont notamment :

œ Poursuite du programme de réseaux de sentinelles

Le Centre de prévention du suicide du KRTB et le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent continuent leur implication dans le recrutement, la formation et le suivi de sentinelles impliquées en prévention du suicide. Pour les aider à répondre à ce mandat, les organismes ont établi

des ententes de service avec les CSSS de leur territoire respectif.

Outre le financement récurrent accordé par l'Agence pour une troisième année, un financement additionnel non récurrent leur a été versé dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse dans l'objectif de percer les milieux qui interviennent auprès de la clientèle jeune. Le milieu agricole a également été priorisé.

À ce jour, la région compte sur plus de 1 100 sentinelles provenant de différents secteurs d'activité.

œ Programme de désistement des armes à feu

Une conférence de presse a permis de faire une relance du programme pour favoriser le désistement des armes à feu sur les territoires du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ce programme a été lancé en avril 2006.

Durant l'année, le programme a permis de récupérer 185 armes à feu pour le district du Bas-Saint-Laurent – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine couvert par la Sûreté du Québec. Depuis le lancement du programme qui remonte en 2006, plus de 735 armes non utilisées ont été récupérées et détruites.

œ Projet d'entreposage sécuritaire des armes à feu

Pour soutenir l'initiative du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, l'ensemble des MRC de la région a été sollicité par l'Agence pour obtenir leur collaboration dans l'actualisation du projet d'entreposage sécuritaire des armes à feu. Concrètement, les municipalités sont invitées à mettre à la disposition de leur population des verrous de pontet. Cette initiative reçoit un appui favorable de leur part.

Projet novateur d'intervention auprès des hommes

Dans le cadre des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité du MSSS qui s'inscrit dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, les organismes Trajectoires Hommes du KRTB et C-TA-C ont obtenu une subvention non récurrente pour la réalisation de leur projet MŪ sur l'ensemble de la région. Près de quarante hommes y ont participé.

Le projet MŪ propose aux hommes l'accès à un groupe de connaissance de soi afin de permettre à cette clientèle de toute provenance d'acquiescer et d'améliorer leur estime personnelle pour mieux gérer leurs difficultés.

Formation

En matière de prévention du suicide, il est démontré que le volet « formation » compte parmi les moyens d'action efficaces et reconnus.

Or, deux équipes de formateurs composées de psychiatres, d'omnipraticiens et de personnes-ressources des centres de prévention du suicide de la région ont été formées pour offrir un programme de formation d'une durée de trois heures afin de joindre le plus grand nombre possible d'omnipraticiens dans chaque territoire de municipalités régionales de comté (MRC). Dans six MRC, les omnipraticiens ont pu profiter de cette formation dans leur milieu respectif.

Aussi, différentes activités de formation d'une durée de trois jours en intervention de crise suicidaire dispensées par les deux centres de prévention du suicide ont pu être offertes dans la région.

DÉPENDANCES

Offre de service en dépendances

En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait connaître ses orientations concernant les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience à travers une offre de service. Celle-ci a été présentée aux responsables des programmes santé mentale et dépendances des CSSS et de L'Estran, Le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent.

Cette offre de service fera l'objet de travaux régionaux au cours du prochain exercice financier.

Soutien aux intervenants de première ligne en matière de dépendances

Dans le but d'offrir un soutien aux CSSS dans le mandat qui leur est confié en vertu du programme-services Dépendances, un programme de formation de première ligne pour l'intervention auprès des adultes aux prises avec des problèmes de dépendances est à venir.

À cette fin, la région s'est dotée d'une équipe de formateurs afin de mettre à la disposition des intervenants de première ligne des CSSS une formation de base en dépendances.

Axe : Jeu pathologique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	174	192	178

Commentaires

En janvier 2009, un organisme a cessé d'offrir des services aux joueurs pathologiques. Le traitement était dispensé en groupe et la difficulté à joindre la clientèle, malgré la publicité déployée, a été le facteur sous-jacent à cette fermeture de services.

Un autre organisme qui a dans sa mission d'offrir des groupes de soutien aux joueurs pathologiques n'a pas eu la possibilité de former ce type de groupe dans la dernière année, également à cause de la difficulté à joindre la clientèle.

Le fait d'être dans un milieu où les gens sont proches et se connaissent rend difficile la tenue de ce genre d'activité thérapeutique.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

3.8 Projet clinique « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »

Le Plan d'action régional sur les services aux aînés 2005-2010 adopté en décembre 2005 a poursuivi ses activités afin d'atteindre les cibles identifiées.

Promotion des conditions de vie

- ⇒ L'Agence est activement impliquée, de concert avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ) et d'autres partenaires, dans la gestion et dans la réalisation du plan d'action quinquennal de l'Entente spécifique sur l'adaptation des services et les infrastructures régionales pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées dans la région du Bas-Saint-Laurent 2008-2013.
- ⇒ Concernant l'expérimentation « Ville-amie des aînés » (VADA), l'Agence est représentée sur le comité de pilotage du site de démonstration de la Ville de Rivière-du-Loup et collabore à la réalisation du plan d'action quinquennal élaboré.

- ⇒ La corporation Action 50 +, corporation régionale visant à permettre aux aînés d'exprimer leurs passions par le biais d'un événement de masse, a été mise sur pied. La première édition du Rassemblement des aînés du Bas-Saint-Laurent aura lieu à Rimouski en juin 2009. Plus de 1 000 participants sont inscrits à cette activité régionale.

Prévention des chutes

- ⇒ L'intervention du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'est poursuivie dans les huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) et au moins deux cohortes PIED ont été réalisées dans chacun des CSSS.
- ⇒ L'intervention multifactorielle personnalisée a été expérimentée dans deux CSSS. Un bilan est en cours afin d'apporter les modifications nécessaires à son implantation régionale.

☞ Six CSSS ont réalisé des sessions de formation locales VIACTIVE de groupe et le programme a poursuivi ses opérations dans les huit CSSS. Des sessions de formation VIACTIVE à domicile ont été réalisées dans cinq CSSS et une relance du programme a été effectuée dans les autres CSSS. Un CSSS (La Matapédia) a développé des programmes VIACTIVE pour les ressources d'hébergement privées et intermédiaires, lesquels ont été exportés dans d'autres régions du Québec.

☞ Six responsables et formateurs VIACTIVE de la région ont assisté à la formation provinciale VIACTIVE organisée par l'équipe de coordination provinciale Kino-Québec.

Le soutien à domicile et en dernier recours, l'hébergement

Un des principaux défis identifiés dans le Plan d'action régional sur les services aux aînés 2005-2010 est de mettre en place les mesures nécessaires pour « respecter le souhait des personnes en perte d'autonomie de continuer à vivre dans leur milieu ». Pour ce faire, le plan met en lumière la nécessité d'ajuster l'intensité

des services d'aide à domicile concernant les besoins des personnes.

Une des clés à l'amélioration des services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie est le support aux proches aidants. Les CSSS de la région ont mis à la disposition de ceux-ci des services de présence-surveillance auprès des personnes en perte d'autonomie, leur permettant d'avoir quelques heures de répit par semaine. En 2008-2009, l'Agence a versé à cette fin une somme de 213 860 \$ aux 8 CSSS de la région pour qu'ils puissent développer davantage leur offre de service aux proches aidants.

De son côté, la proportion des personnes de 65 ans et plus recevant des services de soutien à domicile est passée de 18 % à 19,1 % entre 2007-2008 et 2008-2009, comparativement à un objectif ministériel de 16 %. Ceci se traduit notamment par une augmentation de 506 personnes jointes par rapport à l'année dernière. Le nombre moyen d'interventions par personne desservie s'est maintenu au cours des deux dernières années, passant de 20,9 en 2006-2007, de 22,5 en 2007-2008 et à 22,2 en 2008-2009. Ces résultats se situent légèrement en deçà de la cible ministérielle fixée à 24 % pour 2010.

Axe : Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectifs de résultats 2005-2010 ☞ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 230	6 230	6 736
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	22,5	22,5	22,22

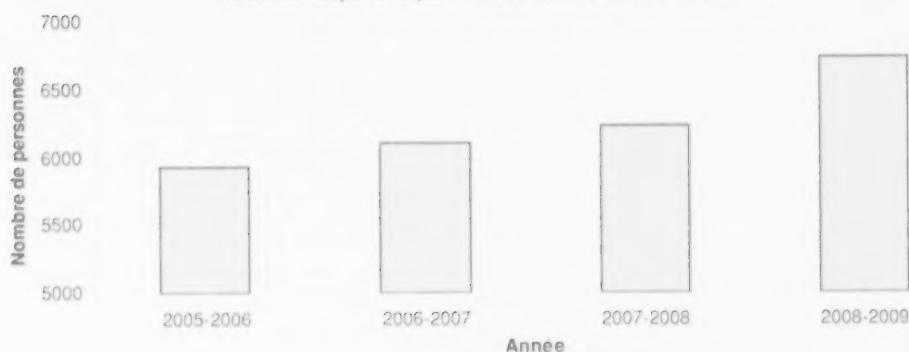
Commentaires

Les CSSS ont investi des énergies pour atteindre la cible de 3,1 lits en soins de longue durée par 100 personnes âgées, donc pour réduire leur nombre de lits et ainsi pouvoir transférer les fonds correspondants en services de soutien à domicile. Ce virage n'est pas complété, mais les CSSS disposent d'un plan pour améliorer la quantité et la qualité des services à domicile. Évidemment, certains établissements sont plus avancés que d'autres, mais dans l'ensemble, les équipes cheminent bien vers l'objectif partagé à atteindre.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS, 2005-2006 à 2008-2009



L'accent mis sur les activités à caractère promotionnel et préventif, ainsi que les investissements dans les mesures de soutien à domicile ont comme résultante la possibilité de maintenir à domicile le plus grand nombre de personnes et un recours plus tardif à l'hébergement institutionnel (le CHSLD a été utilisé en dernier recours dans 89 % des cas cette année, comparativement à 86 % en 2007-2008 et à 74 % en 2006-2007).

De ce fait, le pourcentage d'hébergement de personnes âgées de 65 ans et plus a constamment diminué dans la région au cours des dernières années. Au 31 mars 2009, il se situait à 3,4 places pour 3,5 l'année dernière, 3,8 en 2006-2007 et 4,0 en 2004-2005. La cible régionale de 3,1 places en CHSLD par 100 personnes de 65 ans et plus pour 2010 a été retenue comme une résultante de l'amélioration de l'offre des services à domicile. De ce fait, l'accessibilité à l'hébergement en soins de longue durée est désormais réservée aux personnes qui ne peuvent être desservies à domicile, en résidence privée ou en ressource intermédiaire, et qui requièrent au moins trois heures quotidiennes de soins.

En 2008-2009, le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance par personne dans les CHSLD de la région se chiffrait à 3,2, ce qui est stable par rapport à 2007-2008 (3,1). Quant au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels, il se situait à 0,25. Pour les services professionnels, plusieurs CHSLD doivent composer avec une pénurie de main-d'œuvre, notamment en physiothérapie et en ergothérapie. Ils éprouvent des difficultés concernant principalement le recrutement, mais également les remplacements qui peuvent durer parfois plusieurs mois lorsque se présentent des congés de maladie ou de maternité. Lorsque le plan d'effectifs est complet ou en voie de l'être, ils réussissent plus facilement à atteindre les cibles.

Axe : Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,10	3,00	3,20
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,24	0,25

Commentaires

Pour les soins infirmiers et d'assistance, comme les CSSS ont réduit leur nombre de lits pour le ramener à 3,1 lits par 100 personnes âgées, plusieurs sont mobilisés pour revoir leurs structures de postes afin de tendre vers les 3,0 heures travaillées par jour-présence et vers un ratio de 40 % des heures en soins infirmiers et 60 % en soins d'assistance, lequel ratio était, pour certains établissements, dans une situation presque inverse. Les CSSS qui doivent traduire ce ratio en pratique en sont à négocier des ententes avec les syndicats. Les délais et mesures prévus aux conventions collectives s'appliquent.

Pour les services professionnels, plusieurs CSSS doivent composer avec la rareté de la main-d'œuvre. Ils éprouvent des difficultés de recrutement et également de remplacement. Lorsque les effectifs sont complets ou en voie de l'être, les cibles sont atteignables.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009

Il est à noter que la diminution du taux d'hébergement en soins de longue durée ne s'est pas faite au détriment d'une hausse de l'hébergement dans les ressources non institutionnelles. Au 31 mars 2009, le taux d'hébergement dans les ressources intermédiaires et de type familial se chiffrait en effet à 1,7 %, ce qui constitue un taux légèrement inférieur à celui de l'année précédente (1,8 %).

L'atteinte de cet objectif a également pu se réaliser grâce à un partenariat accentué avec des ressources non institutionnelles privées ou sans but lucratif, de même qu'avec la spécialisation dans certains domaines de l'offre de service d'hébergement comme pour la clientèle présentant des problèmes cognitifs.

L'année 2008-2009 a également connu des amorces de partenariat avec le milieu municipal et communautaire pour différents projets, dont, notamment, les ressources pour adultes handicapés physiques afin de leur éviter un hébergement en soins de longue durée. De tels projets sont en cours dans La Matapédia, Rimouski-Neigette et Kamouraska. La Mitis

compte déjà sur une ressource non institutionnelle pour cette clientèle.

L'Agence a par ailleurs alloué un montant de 105 543 \$ afin de consolider et de développer le soutien communautaire en logement social. Six territoires en ont profité, soit Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, La Mitis et La Matapédia. Un bilan doit être réalisé après un an afin de mesurer les impacts d'une telle mesure.

Des interventions sont également effectuées afin de bonifier l'intervention clinique auprès des personnes âgées. Ainsi, différentes activités et formations visant à accorder plus d'importance au potentiel d'autonomie des personnes ont été tenues.

Une équipe interdisciplinaire régionale a entrepris des travaux dans le but de donner des outils adéquats aux intervenants dans cette approche. De leur côté, les préposés aux bénéficiaires des CHSLD ont reçu de la formation afin de mieux tenir compte des nouveaux besoins des personnes hébergées.

Perspectives

Dans la lignée de la transformation de l'offre de service aux personnes âgées, les efforts doivent se poursuivre en promotion-prévention pour éviter, autant que faire se peut, d'avoir à recourir à une gamme de services plus lourds.

L'accent devra particulièrement être mis sur l'aide à domicile. C'est la clé qui fait qu'une personne peut se maintenir à domicile. Un cadre de référence en la matière devra être travaillé afin d'établir des balises régionales et un fonctionnement harmonisé entre les différents territoires.

Concernant l'hébergement, le défi est à poursuivre pour faire de cette mesure une solution de dernier recours. Ce qui a été fait est porteur, mais doit continuer.

SOINS PALLIATIFS

L'équipe interdisciplinaire

Durant l'année écoulée, les établissements avaient le mandat de constituer une équipe de base en soins palliatifs afin que des intervenants spécifiques soient clairement identifiés comme promoteurs de la compétence et de la qualité

pour ceux qui nécessitent de tels soins et qu'ils puissent agir en soutien aux équipes les dispensant. Cinq des huit établissements affirment avoir rendu disponible une équipe de soins palliatifs.

Les indicateurs de l'entente de gestion

L'entente de gestion demande aux établissements d'augmenter les activités en maintien à domicile pour les personnes requérant des soins palliatifs. Les deux indicateurs retenus sont le nombre de personnes suivies à domicile et le nombre moyen d'interventions par usager suivi à domicile.

Sommairement, on peut dire qu'environ 75 % des personnes pouvant bénéficier de services de soins palliatifs ont reçu de tels services à domicile, pour un nombre moyen de 16,65 interventions par personne. Pour la région, au total, 724 personnes ont reçu des services en 2008-2009 comparativement à 770 l'année précédente. Cette situation serait le résultat d'une diminution de demandes, selon les établissements, car il n'y a pas de liste d'attente sur ce sujet.

Les travaux se poursuivent pour améliorer l'offre de service en soins palliatifs peu importe l'endroit où ils sont dispensés.

Axe : Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	770	770	724
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16,9	16,9	16,65

Commentaires

Pour la région, 724 personnes ont reçu des services en 2008-2009 comparativement à 770 personnes l'année précédente. Selon les établissements, cette variation serait le résultat d'une diminution de la demande. Si la demande a diminué, c'est peut-être parce que les besoins ne sont pas identifiés adéquatement, mais il n'est pas possible de confirmer cette hypothèse.

L'intensité des services se doit d'être importante lors des derniers jours précédant le décès. En ce sens, le nombre moyen d'interventions ne reflète pas bien l'intensité lors de cette période cruciale de l'épisode de soins palliatifs.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

3.9 Projet clinique « Maladies chroniques et cancer »

MALADIES CHRONIQUES

En 2008-2009, l'Agence a maintenu ses efforts pour accroître l'offre de service dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques. En concertation avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire, des activités ont été réalisées en promotion des habitudes de vie et en soutien pour la pratique clinique. La qualité des productions réalisées a suscité de nombreuses demandes au Québec contribuant directement au rayonnement de notre région dans ce domaine d'activité.

Volet « Promotion/prévention »

En promotion-prévention, l'Agence a soutenu la réalisation des campagnes promotionnelles pour la lutte contre le tabagisme. Dans ce cadre, nous avons enregistré 519 inscriptions de fumeurs au *Défi J'arrête, j'y gagne!* en 2009. En activité physique, les campagnes de Kino-Québec ont encore une fois été très populaires. Plus de 26 municipalités se sont impliquées dans l'organisation de la Journée nationale du sport et de l'activité physique en collaboration avec l'Unité régionale de loisir et de sport (URLS) du Bas-Saint-Laurent. Par ailleurs, une quarantaine de municipalités ont fait la promotion d'activités hivernales dans le cadre de la campagne *Plaisirs d'hiver* afin de mieux faire connaître leurs infrastructures extérieures. Enfin, le concours *Défi Santé 5/30* a permis de recueillir 4 218 inscriptions en 2009.

Pour soutenir les CSSS dans le déploiement du transport actif, un projet-pilote a été réalisé à l'été 2008. Ce projet, le « Défi Transport actif », a suscité la participation de 864 personnes qui ont choisi de troquer la voiture pour la marche ou le vélo dans leurs déplacements quotidiens. Devant le succès de ce projet, celui-ci sera reconduit régionalement en 2009 dans le Bas-Saint-Laurent. Les efforts de promotion de la

marche se sont poursuivis à d'autres niveaux grâce à un soutien pour la production de guides de parcours de marche dans la plupart des CSSS.

Dans le cadre de la campagne « Fruits et légumes en vedette » de mars 2009, 37 restaurants du Bas-Saint-Laurent ont présenté des idées vedettes afin d'inciter à la



consommation de fruits et de légumes. Un partenariat a été établi avec la direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) dans le cadre de sa campagne « Mettez le Québec dans votre assiette », afin de contribuer à valoriser les produits alimentaires locaux.

Concernant l'environnement alimentaire, tous les CSSS ont mis en place des actions afin que la qualité de l'offre alimentaire soit rehaussée. Ces actions s'intégreront dans le cadre de référence pour l'adoption de politiques alimentaires du MSSS qui sera diffusé en 2009.

En matière de formation et de soutien professionnel, l'Agence a organisé une journée de formation en intervention tabagique à l'intention des intervenants en maladies chroniques.

Volet « Suivi dans le milieu et soutien à la pratique professionnelle »

Pour la prise en charge des patients à risque et atteints de maladies chroniques, l'Agence a complété l'évaluation des services en maladies chroniques (diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC], asthme, maladies cardiovasculaires et syndrome métabolique) et a publié son rapport régional; des recommandations spécifiques à chaque réseau local de services de santé (RLS) ont été formulées, en plus des lignes directrices

régionales soutenues par la mise en place d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques (*Expanded Chronic Care Model*). Ces recommandations ont été spécifiquement transmises aux CSSS afin de servir de fondements à la préparation des projets locaux d'interdisciplinarité en maladies chroniques (priorité régionale 2008-2010). À ce titre, l'Agence a réservé des ressources financières pour la consolidation des services en maladies chroniques en soutien à la pratique médicale au sein même des cabinets de médecins.

Au cours de l'année, l'Agence a participé à différents événements nationaux sur la gestion des maladies chroniques et diffusé l'évaluation du modèle bas-laurentien de prise en charge des maladies chroniques, de même que les priorités régionales pour 2008-2010. Des outils et des guides de pratique à l'intention des médecins et professionnels en maladies chroniques ont été produits ou mis à jour par le Dr Gilles Côté, médecin-conseil à l'Agence. Citons notamment l'édition 2008 du guide *Le diabète en omnipratique* dont la diffusion provinciale dépasse les 15 000 exemplaires, ainsi que son résumé diffusé à 40 000 exemplaires. Le document de référence *Les dyslipidémies – dépistage, diagnostic et traitement*, pour sa part, a été diffusé à plus de 5 000 exemplaires. Soulignons aussi la mise à jour, en collaboration avec le service de nutrition du CSSS de Rivière-du-Loup, du document *De bon cœur, je mange bien!* à l'intention des nutritionnistes et la production du *Parcours Santé*, outil d'autogestion des facteurs de risque et des habitudes de vie.

Plusieurs formations ont été réalisées en 2008-2009, notamment une tournée régionale sur les soins de pieds aux diabétiques, une formation de base en asthme destinée aux infirmières et inhalothérapeutes, la journée annuelle en maladies chroniques et celle sur l'entrevue motivationnelle venant soutenir la priorité du développement de l'autogestion des maladies chroniques. Plus de 200 participants ont assisté à ces formations, dont 60 médecins omnipraticiens et spécialistes.

En ce qui concerne l'amélioration des services, les CSSS ont solidifié les équipes et accru le nombre de clients pris en charge dans les cliniques de maladies chroniques pour la majorité des pathologies visées. Malgré certaines limites des systèmes informatisés, il est possible de constater que 2 502 patients diabétiques ont été pris en charge, nombre relativement stable par rapport à l'année précédente (2 369 clients en 2007-2008). En maladies pulmonaires obstructives chroniques, le nombre de patients suivis a significativement augmenté, d'autant plus que cette pathologie est maintenant suivie distinctement de l'insuffisance cardiaque (868 clients pris en charge en 2008-2009 vs 761 patients MPOC + insuffisance cardiaque), ce qui dénote une réelle augmentation des services pour cette clientèle. Sans avoir d'année de comparaison, soulignons que 1 910 clients à haut risque (syndrome métabolique) ou atteints de maladies cardiovasculaires ont reçu des services de la part des équipes de maladies chroniques en 2008-2009. Enfin, le volume d'activité pour les patients asthmatiques a légèrement diminué, passant de 371 cas en 2007-2008 à 295 en 2008-2009.

Perspectives en maladies chroniques

L'année 2008-2009 a été conduite sous le signe de l'amélioration de la qualité de l'offre de service en maladies chroniques. L'expertise clinique est de mieux en mieux partagée entre les différents professionnels, ce qui ouvre la voie à une meilleure collaboration interdisciplinaire avec les médecins. D'ailleurs, la priorité régionale visant la constitution d'équipes interdisciplinaires au sein des cabinets de médecins représentera le prochain jalon significatif de la configuration de l'offre de service régionale en maladies chroniques. Afin d'appuyer ce déploiement, les activités de soutien de l'Agence viseront une plus grande spécialisation de l'offre en fonction du niveau d'atteinte de la clientèle (pyramide de Kaiser). Ainsi, la fonction de gestionnaire de cas travaillant en interdisciplinarité sera à implanter pour les très grands consommateurs de soins. À l'opposé, pour la clientèle à faible risque, une

révision des procédés d'enseignement sera à l'agenda afin d'accroître le rôle central du patient dans sa gestion des facteurs de risque et de sa maladie (autosoins). Enfin, le succès de ces initiatives devrait être soutenu par la mise en œuvre prochaine d'un projet d'informatisation des suivis systématiques de clientèles en maladies chroniques.

LUTTE CONTRE LE CANCER

En matière de lutte contre le cancer, l'Agence poursuit la mise en place des éléments adoptés en 2004 dans son programme régional qui vise

notamment l'implantation d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans chacun des huit réseaux locaux, incluant une équipe à vocation régionale. Il reste quatre équipes à désigner sur le territoire.

Concernant la radiothérapie, les résultats obtenus indiquent une amélioration constante de l'ensemble des indicateurs en ce domaine, notamment ceux se rapportant au nombre de personnes en attente de traitements et du nombre de patients traités au-delà du délai d'attente médicalement acceptable. Les actions prises depuis quelques années en font foi.

Axe : Lutte contre le cancer

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	92,5 %	90,0 %	99,3 %

Commentaires

Le résultat observé pour cet indicateur a dépassé largement la cible ministérielle qui est de 90 % de patients ayant commencé leurs traitements de radiothérapie à l'intérieur du délai de 28 jours. En fait, pour l'année de référence 2008-2009, le résultat enregistré fut de 99,3 %, soit 796 patients sur 801 qui ont commencé leurs traitements dans le délai imparti. Il est à noter que le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a reçu en cours d'année six patientes de la région de Montréal qui ont été transférées à Rimouski par leur établissement d'origine. Trois de ces patientes étaient considérées hors délai à leur arrivée à Rimouski. Cette situation se reflète sur les résultats obtenus.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

La région du Bas-Saint-Laurent a été désignée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour débiter deux autres projets pilotes en oncologie, soit un projet de clinique d'accès rapide à l'investigation des cancers colorectaux au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup et un projet sur le rôle de pharmacien régional en oncologie au Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. Des résultats devraient émerger de ces projets au cours de 2009-2010.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

La région est active dans ce programme. Au cours de la dernière année, nos efforts, tant humains que physiques, ont été concentrés sur l'organisation de l'unité mobile de mammographie SARA



(service ambulatoire radiologique accessible). Le déploiement de l'unité mobile SARA s'est poursuivi ces derniers mois en visitant les régions de La Matapédia, de La Mitis, des Basques, du Témiscouata et du Kamouraska. SARA facilite grandement l'accessibilité à l'examen de dépistage et les statistiques ci-dessous nous le démontrent.

**Nombre de mammographies de dépistage
effectuées par l'unité mobile SARA**

MRC	2008-2009
Kamouraska	1 142
Rivière-du-Loup	298
Témiscouata	1 182
Les Basques	490
La Mitis	670
La Matapédia	775
Autre région	279
TOTAL :	4 836

Ce service reçoit une cote de très grande satisfaction de la part des femmes d'après le sondage qui a été effectué. Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup est l'établissement responsable d'assurer l'opérationnalisation de l'unité mobile par le personnel administratif, les professionnels, les gestionnaires et les radiologistes. Les centres de dépistage, de référence et d'investigation assurent également leur collaboration pour les examens complémentaires requis pour la clientèle.

Avec la participation des responsables et du personnel des centres de santé et de services sociaux visités par SARA, les activités de sensibilisation se poursuivent afin que l'accessibilité à cet examen soit continue. La qualité et la continuité du service sont maintenues par l'équipe du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup de façon constante.

Rappelons que le Prix Égalité 2009, dans la catégorie « Santé – Adaptation des soins de santé et des services sociaux aux besoins particuliers des femmes ou de certains groupes », a été décerné en mars 2009 à l'unité mobile SARA. Ce Prix Égalité du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine vise à faire progresser l'égalité entre les femmes et les hommes en faisant connaître les initiatives les plus prometteuses afin que l'ensemble du Québec puisse s'en inspirer.

**Perspectives pour le Programme
québécois de dépistage du cancer du sein
(PQDCS)**

Pour le PQDCS, nous avons à poursuivre les activités de promotion du dépistage par l'examen de mammographie afin d'améliorer la détection précoce et de diminuer le taux de mortalité pour les femmes de notre région.

Les activités de sensibilisation se poursuivent également (bulletin d'information, relance pour la clientèle, affiches publicitaires dans les établissements, communiqués dans les médias, etc.) afin de sensibiliser les femmes de la région du Bas-Saint-Laurent à l'examen de mammographie comme moyen de dépister précocement le cancer du sein.

Grâce au financement du MSSS pour un projet de communication, un vidéo promotionnel est en voie de réalisation afin d'améliorer l'information sur la mammographie de dépistage pour les femmes ciblées, soit celles de 50 à 69 ans.

De plus, les médias locaux et régionaux sont mis à contribution, de façon périodique, afin d'informer les femmes de l'accessibilité à l'unité mobile SARA dans leur MRC.

3.10 Déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

L'amélioration de l'accès et de la continuité des services aux personnes ayant une déficience a été au cœur des préoccupations en 2008-2009.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (MSSS)

Aux travaux amorcés l'an dernier sur le partage des responsabilités entre les services généraux et spécifiques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les services spécialisés des centres de réadaptation (CR), s'est ajoutée la mise en œuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.

Les objectifs du plan d'accès sont, rappelons-le, d'améliorer l'accessibilité aux services des personnes ayant une déficience. Plus

spécifiquement, le plan vise à assurer à ces personnes un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables ainsi qu'à optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Les programmes-services visés par le plan d'accès sont : la déficience intellectuelle ainsi que les troubles envahissants du développement et la déficience physique. Les services spécifiques offerts par les CSSS (soutien à domicile, soutien aux familles, etc.) ainsi que les services spécialisés offerts par les centres de réadaptation constituent les cibles premières du plan d'accès.

Axe : Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 462	2 446	2 461
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,7	13,3	13,49

Commentaires

Le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS est demeuré stable. Ainsi, les résultats continuent à dépasser ceux prévus par la cible 2010 du MSSS qui est de 1 412 personnes.

Soulignons que l'intensité des services a connu une augmentation et dépasse ainsi la cible établie pour 2008-2009.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Axe : Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	201	219	205

Commentaires

Les résultats observés montrent une légère augmentation par rapport à l'exercice précédent.

Les établissements disposent d'une enveloppe budgétaire destinée au soutien à la famille et les heures disponibles n'ont pas été modifiées. Il faut analyser les résultats des indicateurs 1.4.3 et 1.5.13 comme des vases communicants. On constate ainsi que c'est au total 495 familles en DP et DI-TED qui ont reçu du soutien pour une cible cumulée de 477, alors qu'en 2007-2008, 471 familles avaient reçu un tel soutien.

Les variations à la hausse ou à la baisse sont en bonne partie attribuable au roulement normal de la clientèle à l'intérieur du programme.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	435	435	400
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	8,0	8,6	9,71

Commentaires

On constate une légère diminution du nombre de personnes desservies. Par ailleurs, la performance régionale se situe largement au-dessus de la cible 2010 qui représente 262 usagers pour notre région.

Le nombre moyen d'interventions a quant à lui augmenté de 1,71, dépassant ainsi la cible fixée pour l'année.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED, dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	270	258	290

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe a connu une augmentation et la cible est ainsi largement dépassée.

Les établissements disposent d'une enveloppe budgétaire destinée au soutien à la famille et les heures disponibles n'ont pas été modifiées. Il faut analyser les résultats des indicateurs 1.5.13 et 1.4.3 comme des vases communicants. On constate ainsi que c'est au total 495 familles en DP et DI-TED qui ont reçu du soutien pour une cible cumulée de 477, alors qu'en 2007-2008, 471 familles avaient reçu un tel soutien.

Les variations à la hausse ou à la baisse sont en bonne partie attribuable au roulement normal de la clientèle à l'intérieur du programme.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 11 mai 2009.

Le plan d'accès se compose de standards d'accès et de continuité ainsi que de mécanismes d'accès. Les standards d'accès portent sur l'entrée dans les services. Ils balisent le processus d'accès du moment où une personne présente une demande jusqu'au début des services. Des critères de priorisation permettent d'établir un

ordre d'accès aux services tout en prescrivant des délais de réponse à respecter. Pour les personnes en attente d'un premier service, le recours à des mesures d'appoint vise à minimiser le préjudice ou la détérioration de la situation durant la période d'attente.

Axe : Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 588	1 829	1 607

Commentaires

Les difficultés de recrutement et les délais occasionnés dans l'actualisation du développement font en sorte que le volume de production additionnel lié au développement n'a pas été totalement réalisé. En effet, l'arrivée de nouvelles ressources humaines commande des périodes de structuration, d'organisation du travail, d'orientation et de formation. Ces processus d'intégration sollicitent tant les nouveaux membres de l'équipe que les anciens, ceux-ci ayant à orienter les recrues. Par ailleurs, le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) du CSSS de La Mitis est confiant de pouvoir atteindre la cible sur une base annualisée, dans la mesure où il pourra actualiser tous les postes prévus et retenir les ressources déjà recrutées.

*Résultats en date du 13 mai 2008.

**Résultats en date du 11 mai 2009.

Les standards de continuité, pour leur part, s'appuient sur la désignation d'intervenants pivots ainsi que sur l'élaboration et la mise en œuvre de plans de services individualisés, et ce, particulièrement lorsque la personne et sa famille vivent des périodes de transition telles que l'entrée au service de garde, l'entrée à l'école, le passage du primaire au secondaire, le passage de l'école à la vie active et le changement de milieu de vie.

Au-delà des standards d'accès et de continuité, le plan d'accès implique la mise en place de mécanismes qui doivent inclure des modalités de gestion centralisée des listes d'attente, des modalités de gestion intégrée de l'accès aux services, des trajectoires de services ainsi que la gestion de mesures supplétives (recours aux partenaires ou autres ressources) lorsque la situation l'exige.

Au cours de l'hiver 2008-2009, l'Agence a réalisé un suivi de l'implantation du plan d'accès auprès des huit CSSS et des deux centres de réadaptation du territoire. Considérant les obstacles et les défis à relever, l'Agence a produit, avec la collaboration de ces dix établissements, un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC).

Ce plan régional, déposé le 31 mars 2009 au MSSS, comprend des mesures structurantes afin d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre du plan d'accès. Celles-ci permettront à l'Agence de soutenir les gestionnaires responsables de l'implantation du plan, tout en favorisant les arrimages nécessaires à l'émergence d'une concertation interétablissement, gage de réussite pour l'amélioration de l'accès et de la continuité des services.

Services d'interprétariat pour les personnes sourdes, sourdes-aveugles ou malentendantes

À la suite des orientations ministérielles en matière de services à offrir aux personnes ayant une déficience physique, l'Agence a le mandat d'assurer la mise en place des services d'interprétariat pour les personnes ayant une déficience auditive afin de faciliter leur intégration au niveau scolaire, professionnel et social.

Les services d'interprétariat et d'aide à la communication permettent aux personnes ayant une déficience auditive de vaquer à leurs occupations quotidiennes et de s'intégrer aux activités de leur communauté. Participer socialement implique, pour tous et chacun, d'être en mesure d'exploiter son potentiel d'autonomie personnelle, sociale et professionnelle. Les services d'interprétariat et de soutien à la communication sont, à ces égards, des services importants.

L'Agence a amorcé une analyse des défis à relever afin d'améliorer l'organisation des services d'interprétariat sur l'étendue d'un territoire comme celui du Bas-Saint-Laurent. Divers portraits de situation, consultations, données de recherches, ententes de service et modèles d'organisation ont fait l'objet d'études. La suite de ces travaux favorisera une restructuration de ces services. Ces pistes seront discutées dès l'automne 2009.

3.11 Dossier qualité

Cette section du rapport annuel permet d'aborder les dossiers reliés à la qualité des soins et des services, à la sécurité civile et à la pandémie, ainsi que les activités de communication.

BILAN DE DIFFÉRENTS DOSSIERS QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION

L'aspect qualité dans un établissement prend de multiples formes, le MSSS, en lien avec la Direction de la qualité, a choisi de mettre davantage en évidence certaines d'entre elles. Afin de donner une vision globale des attentes qualité et de dresser un état de la situation, l'Agence a élaboré et transmis aux établissements en avril 2008 des fiches dans lesquelles est répertorié ce qui est attendu concernant la prestation de services (mesures de contrôle et isolement, coroner, curateur public), ainsi que l'implantation de nouvelles dispositions législatives (commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les comités des usagers et des résidents, etc.).

Le contenu de ces fiches ne prétend pas couvrir l'ensemble des dimensions qualité, mais celles faisant l'objet actuellement d'une attention particulière liée à leur implantation ou à leur remise à niveau en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Dans le cadre du présent rapport, il n'est pas possible d'en refléter le contenu de manière exhaustive. Nous avons plutôt tenté de dresser un état de situation général du niveau d'atteinte des principales attentes signifiées concernant la gestion des risques, les mesures de contrôle et d'isolement, l'agrément des établissements, etc.

Gestion des risques

Les seize mesures prévues, portant principalement sur la mise en place du comité,

la formation pour les membres, l'utilisation des outils de suivi, la mise en œuvre du registre local, etc., ont été mises en place par les établissements. Dans certains cas (trois établissements sur dix), les politiques ou procédures sont en révision.

En cours d'année, des activités de formation ont été offertes aux membres des comités de gestion des risques ainsi qu'aux gestionnaires de risques. Un seul élément hors de contrôle des établissements demeure à actualiser, soit la mise en œuvre du registre local et du registre national dont le déploiement doit débuter en avril 2009.

Mesures de contrôle et d'isolement

Pour 9 des 10 établissements, la majorité des 21 mesures prévues est déployée. Ces mesures concernent l'adoption d'un règlement par le conseil d'administration, l'information à transmettre aux résidents et aux familles, la sensibilisation auprès du comité de direction, des médecins, du personnel et de l'équipe de direction, l'actualisation du plan de formation, etc.

En 2008-2009, la poursuite de l'implantation des plans de formation des établissements a permis à 1 027 personnes de recevoir cette formation, dont 443 infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires ou personnes préposées aux bénéficiaires en CHSLD.

Au total, au cours des deux dernières années, c'est près de 1 500 intervenants qui ont ainsi été formés. Le déploiement des plans de formation des établissements se poursuivra en 2009-2010. Les principaux secteurs qui demeurent à actualiser concernent le déploiement de la formation, particulièrement auprès des médecins, du personnel en réadaptation et en soutien à domicile.

Agrément des établissements

Le processus d'agrément des établissements suit son cours comme prévu. Rappelons qu'au 31 mars 2009, huit établissements étaient déjà agréés par un organisme reconnu pour une période de trois ans et qu'un établissement était en attente de la décision après la visite de l'organisme d'agrément. Pour certains établissements ayant déjà reçu un agrément de trois ans, l'année 2009-2010 sera l'occasion de relancer le processus de renouvellement de leur situation, comme le prévoit la loi.

Seul le CSSS des Basques n'est pas inscrit dans le processus d'agrément, et ce, d'un commun accord avec l'Agence et le MSSS, dans le contexte de l'administration provisoire qui a eu cours en 2008-2009. La démarche d'agrément dans cet établissement débutera en septembre 2009.

Suivi des dossiers du coroner

Un seul établissement de la région a été visé par un rapport de coroner en 2008-2009 et le suivi a été réalisé de manière satisfaisante.

Une intervention de système a été effectuée en cours d'année, elle visait l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier. Ce suivi a nécessité l'adoption de protocoles de soins, de la formation et un suivi spécifique de leur utilisation. Tous les établissements visés étaient en bonne voie de se conformer aux directives prescrites à la fin de l'année financière.

Visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services

En 2008-2009, seulement deux visites d'appréciation de la qualité des services ont été réalisées dans la région. Ces visites visaient les ressources intermédiaires pour personnes âgées du CSSS de Témiscouata ainsi que celles du CSSS de La Mitis.

Depuis le début des visites d'appréciation en 2004, 22 rapports de visite concernant des établissements de la région ont été réalisés. Sept d'entre eux présentaient un état d'avancement des travaux de leur plan d'amélioration suffisamment avancés pour confirmer que les objectifs visés avaient été atteints en totalité ou en grande partie justifiant, de ce fait, l'inactivation de ces dossiers. Au vu de ces résultats, l'Agence effectue actuellement le suivi de quinze plans d'amélioration auprès d'établissements ayant reçu une visite dans les années passées et pour lesquels l'actualisation des recommandations inscrites au plan se poursuit.

Le respect des droits des usagers

Les principales mesures visaient le traitement des plaintes des usagers par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services, la mise en place des comités de vigilance et de la qualité, l'implantation des comités des usagers et des comités des résidents, la promotion des droits des usagers, etc.

Les mesures législatives visant le traitement des plaintes des usagers et la promotion de leurs droits sont généralement mises en application par les établissements. Parmi ces mesures, mentionnons l'application du principe d'exclusivité de fonctions des commissaires locaux et du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, le suivi des activités des commissaires par les conseils d'administration, le suivi exercé par les comités de vigilance et de la qualité sur les activités des commissaires, mais également d'autres mesures visant la qualité telles que le suivi des rapports d'agrément, le suivi des recommandations du curateur public, les rapports de visite d'inspection des ordres professionnels, etc.

De plus, les comités des usagers et les comités de résidents sont généralement implantés comme prévu, bien que certaines situations particulières aient pu, en cours d'année, influencer ou retarder leurs travaux.

Des activités spécifiques de promotion des droits des usagers ont été réalisées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services en cours d'année, telles la distribution de dépliants et la tenue de rencontres d'information. Ces activités devraient être orchestrées sur les plans régional et local au cours de la prochaine année dans le contexte de l'élaboration et de l'actualisation d'un plan de promotion des droits des usagers.

La certification des résidences pour personnes âgées

En date du 31 mars 2009, 171 résidences pour personnes âgées étaient inscrites au registre des résidences pour personnes âgées; 169 d'entre elles avaient déposé leur demande d'un certificat de conformité et 167 avaient reçu la visite du Conseil québécois d'agrément, qui est l'organisme chargé de vérifier le niveau de conformité des résidences. L'Agence avait reçu le rapport de visite de 161 résidences visitées.

Toujours au 31 mars 2009, 37 certificats de conformité ont été délivrés par l'Agence. Considérant la faible proportion de résidences inscrites ou certifiées dans l'ensemble de la province, le MSSS a accordé un délai jusqu'au 30 juin pour que les exploitants obtiennent leur certificat. L'Agence poursuit donc les démarches et efforts nécessaires afin d'être en mesure de certifier l'ensemble des résidences du territoire dans ce nouveau délai. Au moment d'écrire ce rapport annuel, plus de 80 % des résidences avaient obtenu leur certification. Le suivi qui est en cours devrait permettre de régulariser la situation des autres résidences dans le respect des règles légales et administratives.

Finalement, la certification des résidences pour personnes âgées fera également partie des incontournables de l'année 2009-2010, en plus du suivi de la qualité des services dans les résidences qui auront obtenu leur certification.

Perspectives liées à la qualité

Les attentes qualité pour 2009-2010 seront alimentées par la compilation des fiches qualité et par la connaissance actuelle de certaines priorités ministérielles dans le secteur qualité. Parmi ces dossiers, on peut déjà identifier la poursuite du support concernant la prestation sécuritaire de services et la finalisation du déploiement de la formation sur les mesures de contrôle et d'isolement.

Les établissements dispensant des services en obstétrique seront sollicités pour la mise en œuvre du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). Ce programme est destiné aux médecins, aux sages-femmes, aux infirmières ainsi qu'à tous les autres intéressés au sein des unités de soins obstétricaux. Il vise à éliminer la culture du blâme, à instaurer la confiance dans les compétences ainsi qu'à améliorer la sécurité des patientes et la qualité des soins. Tous les établissements de la région visés par ce programme ont eu une rencontre d'information de l'équipe AMPRO et un plan de déploiement sera élaboré en 2009-2010 prévoyant une implantation sur trois ans à compter de 2010-2011.

Par ailleurs, dans son rapport annuel 2007-2008, le Protecteur du citoyen recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive et intensifie son plan de soutien à la mise en œuvre du régime d'examen des plaintes, notamment en accordant priorité à l'information des usagers avec une préoccupation spécifique pour joindre les personnes vulnérables. Afin d'en assurer le suivi, l'Agence s'associera aux commissaires aux plaintes des établissements et au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la région pour proposer un plan d'action visant la promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes à être déployé sur les années à venir.

Finalement, la certification des résidences pour personnes âgées fera également partie des incontournables de l'année 2009-2010 en plus du suivi de la qualité des services dans les résidences qui auront obtenu leur certification.

PLAN RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE ET DE LUTTE À LA PANDÉMIE

Sécurité civile

Au cours de l'année, l'Agence s'est dotée d'un nouveau Plan régional de sécurité civile-mission santé (PRSC-MS) qui tient compte à la fois de la nouvelle configuration du réseau, des travaux de préparation à la pandémie et des nouvelles orientations de la mission santé en sécurité civile. Il s'agit d'un document stratégique qui sert de référence à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région et des partenaires de l'Organisation régionale de la sécurité civile. Soulignons que le PRSC-MS a établi un nouveau schéma de mise en alerte. Celle-ci pourra être effectuée à la fois par l'Agence et par la municipalité concernée. Cette orientation vise à rapprocher le CSSS de l'Organisation municipale de sécurité civile. Parallèlement ont été amorcés les travaux préliminaires de mise à jour du Plan des mesures d'urgence de l'Agence.

L'Agence a également poursuivi son travail de soutien aux établissements pour leur permettre de se doter de nouveaux plans locaux de sécurité civile-mission santé et de plans de mesures d'urgence pour chacune de leurs installations. Ce travail devra se poursuivre pour l'ensemble des établissements au cours de la prochaine année.

De plus, lors de sinistres, comme les inondations, ou lors de tragédies majeures, l'Agence a continué à apporter son soutien aux CSSS concernés pour faire en sorte que les personnes affectées puissent recevoir les services appropriés.

Dans le cadre des travaux réalisés par Hydro-Québec pour protéger son réseau de distribution d'électricité en cas de verglas majeur, il est prévu que des routes pourraient être fermées lors du déclenchement de l'opération « déglaceur ». Nous avons amorcé des travaux avec nos

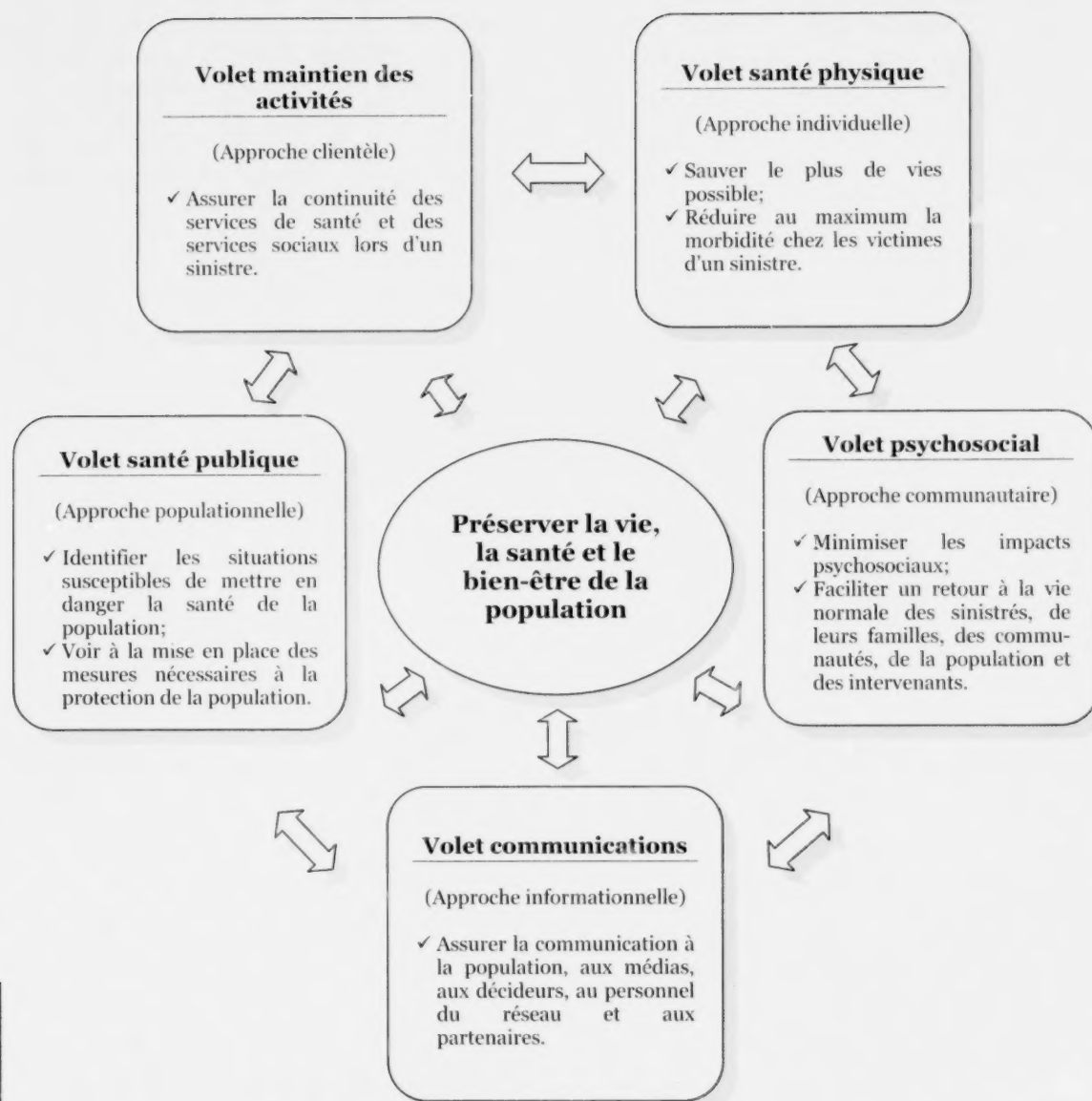
partenaires de la sécurité civile afin de voir comment on peut diminuer les impacts de cette opération qui toucherait principalement les services ambulanciers d'urgence et les populations situées au sud de la ligne de transport d'électricité qui va de Lévis à Saint-Antoine.

Concernant la formation, nous avons offert aux gestionnaires d'un CSSS une formation portant sur la gestion de la mission santé en contexte de sécurité civile. De plus, nous avons poursuivi les démarches afin de former près d'une centaine de gestionnaires et d'intervenants sur l'intervention psychosociale en contexte de sinistre. De la sorte, nous nous assurons que le réseau de la santé et des services sociaux soit en mesure d'offrir les services appropriés lors d'un sinistre, d'une tragédie ou d'une éventuelle pandémie.

À la suite du décès d'un jeune survenu dans une école secondaire de la région en 2007, l'Agence et la commission scolaire concernée ont convenu de se doter d'un Protocole d'entente relativement au déploiement du volet psychosocial en milieu scolaire à la suite d'une tragédie. Cette entente, qui relève de la table locale de concertation MSSS-MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) permet de clarifier les rôles des partenaires impliqués et les interventions psychosociales à mettre en place à la suite d'une tragédie. Cette entente a été présentée à l'ensemble des CSSS et des commissions scolaires de la région.

Plan régional de lutte à une pandémie

L'éventualité d'une pandémie d'influenza a continué à canaliser les efforts de préparation de différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux de la région en 2008-2009. L'intégration du plan pandémie à l'intérieur de la structure de la sécurité civile a permis d'assurer une meilleure efficacité quant aux interventions à mettre en place dans les cinq volets de la mission santé.



Un des principaux chantiers a été la réalisation, dans le volet santé publique, de cliniques de vaccination de masse dans tous les territoires des CSSS à l'automne 2008.

Nous prévoyons reprendre cet exercice au cours de la prochaine période de vaccination et comptons évaluer la pertinence de maintenir ce modèle de vaccination pour le futur.

Toujours dans le cadre de la préparation à une éventuelle pandémie et afin d'assurer une main-

d'œuvre compétente et bien formée répondant aux besoins très spécifiques d'une pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a développé avec TELUQ le Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza touchant douze clientèles et neuf thèmes de contenus. À partir de septembre 2008, l'Agence a mis en place la structure nécessaire au déploiement de ce programme par des rencontres de communication et de présentation aux différents responsables des établissements. L'objectif du

moment était que tous les gestionnaires de premier niveau soient formés au 30 avril 2010.

Au tournant de l'année financière 2009-2010, l'arrivée de la grippe A(H1N1) est venue témoigner de la justesse des travaux préparatoires effectués et a tracé la voie par une mise en application du plan. Cela s'est traduit par une mobilisation exemplaire des établissements et l'application des cinq volets du plan régional et des plans locaux de lutte à une pandémie.

BILAN DES DEMANDES D'ACCÈS À L'INFORMATION

Dans le cadre de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, l'Agence a reçu 22 demandes d'accès à l'information. Une large majorité de ces demandes, 16 sur 22, visait à obtenir une copie du rapport de l'inspection tenue au CSSS des Basques. Les renseignements demandés ont donc été rendus accessibles dans les délais prescrits par la loi.

BILAN DES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Les activités de communication au cours de la dernière année ont principalement consisté en un rôle de soutien-conseil auprès des établissements de la région et également au sein des différentes directions de l'Agence. La mise à jour régulière du site Internet de l'Agence ainsi que la gestion des relations avec les médias ont également été au cœur des préoccupations.

Soutien logistique à différents événements

Différents événements ont été tenus en cours d'année, notamment :

- ✎ Lancement d'un programme de suivi de la clientèle à risque suicidaire dans l'ensemble des CSSS du Bas-Saint-Laurent;
- ✎ Inauguration du Groupe de médecine de famille de Matane;
- ✎ Lancement d'une campagne de promotion sur la santé buccodentaire « Votre bouche est le miroir de votre santé »;
- ✎ Tenue de cliniques de vaccination de masse sans rendez-vous contre l'influenza dans tout le Bas-Saint-Laurent;
- ✎ Semaines de reconnaissance et de valorisation du personnel du réseau;
- ✎ « Défi Transport actif » Rimouski 2008;
- ✎ Lancement du 3^e volet de la campagne de prévention sur les substances associées aux « Drogues du viol »;
- ✎ Campagne de promotion du pictogramme international de l'allaitement maternel;
- ✎ Révision et coordination de l'édition 2008-2010 des Prix de reconnaissance régionaux avec la tenue de la soirée des Prix de reconnaissance le 11 février en présence de 90 personnes.

Site Internet de l'Agence

Mis en ligne en 2006, le site Internet de l'Agence a reçu, au cours de la période 2008-2009, 109 685 visiteurs qui ont fait plus de 2,8 millions de consultations dans les différentes sections du site. L'Agence s'est par ailleurs dotée d'une structure de coordination de son site qui fait en sorte que les différentes rubriques qu'il contient soient mises à jour de manière régulière.

Relations avec les médias

L'Agence s'est assurée également de fournir à la population une information régulière. À ce titre, 43 communiqués de presse ont été produits et le service des communications a donné suite à quelque 140 demandes d'entrevues de la part des journalistes.

Par ailleurs, l'Agence a coordonné la publication de placements publicitaires dans les hebdomadaires régionaux ainsi que la production de dépliants et affiches d'information

pour des campagnes promotionnelles, entre autres pour celle des cliniques de vaccination de masse sans rendez-vous contre l'influenza. À cet effet, le soutien des membres du Forum de la population de l'Agence à titre de *focus group*,

dans le cadre de certaines activités de communication, a favorisé l'adaptation des contenus proposés.

3.12 Organismes communautaires

Au cours de la dernière année, l'Agence a décidé de lever le moratoire sur la reconnaissance de nouveaux organismes communautaires à compter du 1^{er} avril 2009. Cette décision fut accompagnée d'une modification des critères de reconnaissance prévus au Cadre de gestion de la reconnaissance et du soutien financier des organismes communautaires en vigueur à l'Agence. L'adoption de ces nouveaux critères a fait l'objet de travaux avec le comité de travail sur l'harmonisation de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et du Comité permanent de liaison.

L'Agence confirme par ailleurs son respect des règles et des normes édictées par le Ministère dans le cadre du PSOC. En ce sens, pour le versement des subventions aux organismes communautaires, l'Agence s'assure qu'elle reçoit une demande de subvention de chaque organisme reconnu et que les documents exigés en ce qui concerne la reddition de comptes sont déposés, à savoir :

- la preuve de l'assemblée générale;
- le rapport d'activité;
- le rapport financier;
- les orientations et les priorités de l'année;
- les données informatives.

L'Agence a également alloué un budget de développement de 275 000 \$ aux organismes communautaires locaux, ce qui a permis un rattrapage aux organismes œuvrant auprès des personnes démunies, auprès des personnes déficientes physique et intellectuelle, auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et auprès des jeunes en difficulté.

Le Comité permanent de liaison s'est réuni à deux reprises dans le cadre du mécanisme permanent de liaison entre l'Agence et le milieu communautaire.

Une entente de service de trois ans a aussi été signée avec un organisme communautaire en vue de faciliter l'arrimage avec les CSSS, dans le cadre du programme de prêt d'aides techniques.

L'entente avec les organismes « Moisson » dans le cadre du projet « Mangez mieux » se poursuit après une première année d'opération.

3.13 Ressources humaines

Développement régional des ressources humaines

L'Agence poursuit sa mission de contribution au développement des compétences des personnes œuvrant dans les établissements de notre région, autant pour les gestionnaires que pour le personnel syndiqué. Pour ce faire, elle compte sur la collaboration de trois comités régionaux, soit le Comité de coordination et de concertation régional en ressources humaines des établissements, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement et le Comité régional de développement du personnel syndiqué.

Personnel d'encadrement

Pour l'année 2008-2009, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 249 600 \$. Une portion du budget, soit 62 400 \$, a été retenue à l'Agence pour soutenir les activités régionales de développement. Le solde a été réparti au prorata du nombre de cadres équivalent temps complet dans chacun des établissements au 31 mars 2008.

Parmi les activités régionales effectuées, notons le colloque régional « L'Humain dans la gestion... Utopie ou mission possible? » du 21 mai 2008 réunissant 160 personnes. Vient s'y ajouter un programme offrant des formations de 2^e cycle (20 personnes) pour le personnel d'encadrement, de 1^{er} cycle (18 personnes) et de 2^e cycle (48 personnes) pour la préparation de la relève des cadres intermédiaires, ce qui représente 72 jours de formation en salle. Les coûts sont assumés par l'Agence, les établissements et les participants.

Le personnel d'encadrement participe aux formations fournies dans les différents secteurs et les différentes problématiques, conjointement avec les professionnels du réseau.

D'autre part, une formation a été organisée pour les directeurs des ressources humaines de la région sur un plan de développement des ressources humaines. L'objectif était de partager des stratégies pour une approche renouvelée dans le contexte des enjeux de main-d'œuvre actuels et futurs.

Personnel syndiqué du réseau

L'Agence assure la promotion et la diffusion des programmes québécois de formation élaborés par le Ministère et travaille conjointement avec les responsables des établissements pour leur mise en œuvre selon les priorités régionales et locales.

Afin de consolider le développement des compétences et la mise en place de nouvelles pratiques, approches et technologies, l'Agence a investi quelque 554 000 \$ dans divers programmes touchant les secteurs de la santé mentale et des dépendances, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la jeunesse, les maladies chroniques, la sécurité civile, la planification de la main-d'œuvre, la qualité des services, la préparation à la retraite. Mentionnons aussi le programme de formation « Agir », pour les préposés aux bénéficiaires, qui se poursuivra sur les deux prochaines années. Environ 80 thèmes de formation ont été offerts touchant près de 1 500 personnes.

Planification de la main-d'œuvre

Au Bas-Saint-Laurent, la très grande vulnérabilité qui caractérise la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux se situe dans les secteurs des soins infirmiers, de la pharmacie, de la réadaptation et dans le domaine social. Une planification prévisionnelle de la main-d'œuvre devient une priorité absolue en cette période de déséquilibre entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre actuellement disponible. Ainsi, à la demande du Ministère et

selon les exigences et objectifs établis, l'Agence s'est assurée de l'implantation du Cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Toutes les étapes de ce processus étant complétées, nous serons en mesure désormais de présenter en matière d'effectifs des données

normalisées et de produire des indicateurs qui pourront être comparés d'un établissement à un autre ainsi que de présenter des plans prévisionnels d'effectif sur un horizon de trois ans.

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats* 2008-2009
3.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	Nouveau	100,0 %	75,0 %
3.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	Nouveau	100,0 %	100,0 %

Commentaires

L'augmentation des heures supplémentaires du personnel infirmier confirme que nous sommes confrontés à une catégorie d'emploi vulnérable. La situation régionale devrait être de plus en plus difficile au cours des prochaines années.

Concernant la main-d'œuvre indépendante, tous les établissements respectent la cible déterminée par le MSSS. Parmi les difficultés observées, il y a le recrutement de la main-d'œuvre infirmière pour le service Info-Santé, et les problèmes de remplacement rencontrés à l'été 2008, lors de la période de vacances. Une meilleure planification des vacances lors de cette période est à prévoir.

* Résultats en date du 28 février 2009, P-12.

L'Agence a également mis en œuvre le plan d'attraction et de rétention en travaillant particulièrement sur les zones de priorité, en insistant sur la promotion du réseau auprès des étudiants des différents niveaux scolaires. D'ailleurs, dans ce but, une nouvelle alliance entre les agences de la santé et des services sociaux et les collèges de l'Est a vu le jour et devrait produire un plan d'action visant principalement l'augmentation des inscriptions dans les programmes liés à la santé.

Soutien financier en soins infirmiers

En raison des nombreux remplacements en période estivale, le recours à des étudiants en soins infirmiers revêt une grande importance pour les établissements. Aussi, l'Agence a financé les programmes de supervision clinique destinés aux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ainsi qu'aux externes en soins infirmiers, soit les étudiants de deuxième année, pour la période estivale 2008.

Huit projets de mentorat et trois projets d'externat ont été présentés et acceptés par l'Agence. Ces initiatives se traduisent certainement par une meilleure capacité d'attraction et de rétention de ces ressources.

De plus, l'Agence a accepté de soutenir l'organisation d'ateliers de préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour toutes les candidates à l'exercice de la profession infirmière. Ces ateliers ont pris la forme de trois journées de préparation de l'examen sous forme d'examens cliniques objectifs structurés ainsi qu'un temps de formation sur la gestion du stress. On retient de l'expérience 2008 un taux de réussite de l'examen de l'Ordre de 95 % pour les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) de notre région.

Programme national de soutien clinique— Volet préceptorat

Considérant le problème de main-d'œuvre en soins infirmiers sévissant dans le réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère lançait en septembre 2008 le Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat. La Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers a proposé des mesures structurantes pour relever le défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers. Il a été convenu, à l'intérieur de cette stratégie de main-d'œuvre, de développer le soutien clinique grâce à un accompagnement professionnel tel que le préceptorat. Le préceptorat est basé sur une méthode d'enseignement et d'apprentissage visant à aider les infirmières et les infirmières auxiliaires à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps. L'objectif du programme est d'offrir hebdomadairement aux infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de 3 ans d'expérience et travaillant pendant les quarts de soir et de nuit, un temps de préceptorat (exemple : 30 minutes par semaine pendant 3 mois). Cette initiative ministérielle a comme objectif l'élaboration d'un programme de préceptorat dans chaque établissement du réseau à l'intérieur d'un cadre de référence national et en fonction des réalités locales de chacun.

L'Agence et les établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont mis en commun leurs expertises et leurs ressources afin de présenter un cadre régional de préceptorat dans la région et d'élaborer un programme propre à chacun des établissements.

Mesures administratives applicables au personnel clinique et autres mesures incitatives

Le budget de 118 900 \$ a été reconduit pour la période 2008-2009 pour les mesures administratives particulières applicables au personnel clinique. Les mesures disponibles étaient la prime pour un quart de travail supplémentaire, la prime de nuit payée en

double et la prime pour une deuxième fin de semaine consécutive, et avaient comme objectif d'augmenter la disponibilité du personnel clinique pendant la période estivale. Pour la première année, ces mesures étaient également disponibles aux techniciens et aux professionnels de la santé et des services sociaux, et un budget de 8 000 \$ leur a été accordé.

Afin d'atténuer les effets de la pénurie d'infirmières plus particulière dans les secteurs critiques, le Ministère autorise toujours le versement d'une prime de 7 % aux infirmières des urgences et des soins intensifs des établissements comptant un volume d'activité supérieur à 30 000 visites annuelles dans ces services. Au Bas-Saint-Laurent, deux établissements sont autorisés à appliquer cette mesure, soit les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Prime de recrutement et de maintien en emploi et forfait d'installation aux pharmaciens en établissement

Un forfait d'installation de 25 000 \$ a été versé au CSSS de La Matapédia pour l'engagement d'une pharmacienne. Cette prime vise à combler des postes vacants et constitue une mesure d'attraction dans un secteur d'activité en pénurie, ce qui permet d'améliorer la prestation des services offerts à la population.

Service régional de main-d'œuvre

Le Service régional de main-d'œuvre a traité 616 requêtes au cours de l'année 2008-2009. Nous observons, au chapitre des salaires disponibles, une légère diminution par rapport aux deux dernières années. Au 31 mars, dix personnes sont inscrites sur cette liste. La liste des cadres en stabilité est demeurée la même et compte deux personnes en stabilité d'emploi en 2008-2009.

Coordination des stages

Le sous-comité régional sur la coordination des stages a poursuivi ses rencontres annuelles au cours de l'année 2008-2009. Le sous-comité est composé des représentants des ressources humaines des établissements de santé et de services sociaux et des maisons d'enseignement (représentants de commissions scolaires, cégeps et université). Par ces rencontres, on veut s'assurer que le nombre de places de stages offertes soit suffisant pour accueillir tous les stagiaires de la région. Tous les partenaires profitent de ce lieu d'échange pour discuter des difficultés rencontrées, tant en établissements qu'en maisons d'enseignement, et pour trouver des solutions à nos problèmes en faisant preuve d'imagination et d'accommodement dans la planification des stages afin de répondre à l'objectif poursuivi.

Mobilisation et organisation du travail

Dans le dossier qualité de vie du personnel d'encadrement (cadre intermédiaire et cadre supérieur), l'Agence a poursuivi sa démarche en collaboration avec les régions de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord. Les résultats obtenus ont permis d'établir un diagnostic qui, par la suite, a été repris par l'équipe dédiée à cette étude. À l'aide d'une grille d'analyse (grille Hadden), a été élaboré un projet de plan d'action concernant l'amélioration du climat de travail auprès des gestionnaires. Un sous-comité de travail a proposé une stratégie d'action dans laquelle certaines solutions proposées sont communes aux trois régions. Cette démarche sera présentée à différentes instances afin de convenir d'actions futures pour l'amélioration de la qualité de vie du personnel d'encadrement.

■ ■ Des gens de cœur au service de la population

À la demande de l'Assemblée des présidents et directeurs généraux des établissements de santé du Bas-Saint-Laurent, l'Agence et les établissements de la région ont mis sur pied une série d'activités de valorisation et de motivation des ressources humaines de son réseau regroupées dans le cadre de deux semaines thématiques, soit les semaines du 29 septembre au 3 octobre et du 6 au 10 octobre 2008.

Tenues sous le thème « Des gens de cœur au service de la population », ces semaines dédiées au personnel du réseau de la santé et des services sociaux avaient comme objectifs de valoriser et reconnaître le travail effectué par l'ensemble des 7 634 travailleurs œuvrant dans les 10 établissements du Bas-Saint-Laurent, de faire la promotion des professions reliées au domaine de la santé et des services sociaux et également de faire connaître à la population le travail des intervenants ainsi que les bons coups du réseau du Bas-Saint-Laurent.

En juin 2008, le MSSS annonçait une série de mesures visant à faire face au défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers. De ces mesures, l'organisation du travail était le principal levier qui nous permettait d'utiliser de façon optimale l'effectif en soins infirmiers. Ainsi, le CSSS de La Matapédia s'est vu confirmer une subvention non récurrente de 399 000 \$ pour la réalisation d'un projet novateur d'organisation du travail en hébergement à la Résidence Marie-Anne Ouellet au cours des années 2008-2011. Mentionnons que le comité directeur de ce projet est composé à parts égales des représentants des parties syndicales et de la direction du CSSS afin d'en assurer la réalisation.

Le MSSS a également accepté un projet d'expérimentation « Planetree », une approche intégrée visant une culture orientée vers la personne au CSSS de La Mitis. Ce projet est estimé à un coût de 150 000 \$ pour lequel l'Agence financera 75 % du coût, soit la somme de 112 500 \$, l'autre portion étant assumée par l'établissement.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

À la suite de l'obtention de six bourses de la part du MSSS pour faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne sur le territoire, nous avons continué nos démarches en région pour le maintien et l'emploi de celles-ci. Trois bourses ont été octroyées au secteur est et les trois autres ont été dévolues au secteur ouest de notre territoire, là où il y a un manque d'omnipraticiens.

Les établissements boursiers ont de la difficulté à recruter des finissants dans ce domaine. De plus, les exigences universitaires très élevées pour l'admission des candidates intéressées par cette formation ont eu pour effet de retarder l'introduction de cette pratique au Bas-Saint-Laurent. Des démarches sont actuellement en cours pour l'embauche de trois IPS sur une possibilité de six.

Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs offre les services professionnels de deux conseillers en prévention et en réadaptation et d'un psychologue organisationnel.

Un soutien aux activités des différents comités paritaires est proposé. Il est à noter que huit établissements sur dix ont un comité paritaire en santé et sécurité au travail fonctionnel ou en démarrage. Une orientation axée sur l'implication des comités paritaires dans des actions concrètes sur le terrain a été proposée aux comités rencontrés. Cette approche demeure la prémisses d'une philosophie de prévention en développement à laquelle adhèrent tous les comités avec qui une collaboration est active.

Une formation régionale de formateurs de programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) a été offerte aux établissements ayant permis la formation de douze formateurs PDSB. Ceux-ci s'ajoutent aux personnes-ressources PDSB déjà en place dont l'objectif est de protéger l'intégrité physique des employés lors de tâches d'assistance au déplacement de bénéficiaires.

Le service-conseil s'est poursuivi en santé et sécurité au travail dans le cadre du réaménagement des pharmacies sur notre territoire, plus particulièrement sur l'aménagement optimal des locaux et l'installation de hottes utilisées pour la préparation des produits de traitement oncologique. Des efforts de formation et d'évaluation des méthodes sécuritaires de travail ont été mis en place par les établissements les plus avancés.

Au-delà des services de soutien-conseil aux établissements qui occupent la part du lion dans son exercice professionnel, le psychologue organisationnel a poursuivi la formation d'une cohorte de 90 superviseurs de premier niveau. Les thèmes abordés ont été la mobilisation des équipes de travail, le *coaching*, la gestion des contraintes, la résolution de problème et la prise de décision. À ceci s'ajoute le développement d'une formation portant sur la gestion des changements.

Les résultats obtenus par les établissements de la région pour la gestion de la présence au travail montrent une diminution de 0,15 % du taux d'absentéisme. Le résultat atteint par la région au 28 février 2009 s'établissait à 5,74 % comparativement à la cible de l'entente de gestion qui est de 5,89 %, pour un écart positif de 0,15 %. À cette période, sept établissements, incluant l'Agence, atteignaient la cible fixée avec un écart positif. Par contre, quatre établissements sur dix dépassaient la cible.

Les motifs d'absence en assurance salaire se répartissent comme suit :

Médecine [†]	Chirurgie [†]	Psychologique	Musculo-squelettique	Oncologie	Autres
16,86 %	12,15 %	43,7 %	19,50 %	7,68 %	0,14 %

[†] Données partielles puisque le CSSS des Basques et celui du Kamouraska ont fourni les données pour la période se terminant le 12 février alors que le CSSS de La Mitis les a fournies pour la période se terminant le 11 octobre. Le CSSS de Matane n'a fourni aucune donnée à ce sujet.

Fréquence et gravité régionale des lésions professionnelles

Les données régionales des lésions professionnelles sont très positives pour l'année 2008-2009. En effet, le nombre d'accidents pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent est de 304 accidents et est inférieur à l'année 2007-2008 de moins 3 % et à la moyenne des 9 dernières années (313 accidents). L'indice de fréquence des lésions quant à lui a diminué de 1,67 accident par million de masse salariale déclarée à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) en 2002-2003 pour se situer à 1,07 en 2008-2009.

La gravité des lésions professionnelles a également diminué, passant de 6 631 \$ imputés par million de masse salariale déclarée à la CSST en 2002-2003 pour se situer à 3 490 \$ en 2008-2009, soit une diminution de 47 %.

Absentéisme global régional

Les coûts d'absentéisme global régional, incluant les montants versés en assurance salaire, en cotisation CSST et en assignation temporaire, ont également diminué en 2008-2009. Le total d'absentéisme global régional en 2008-2009 est inférieur de 550 000 \$ par rapport à l'année précédente.

Cette diminution de l'absentéisme est attribuable aux différentes interventions des établissements bas-laurentiens telles que la promotion et la prévention de la santé et la sécurité au travail.

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 ⇒ Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateurs	Résultats* 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats** 2008-2009
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,05 %	6,52 %	5,74 %

Commentaires

On note une diminution de l'absentéisme pour l'exercice 2008-2009, celle-ci étant attribuable à différentes actions entreprises par les établissements dans le dossier de gestion de la présence au travail.

* Résultats en date du 13 mai 2008.

** Résultats en date du 28 février 2009, P-12.

Projet de soutien professionnel en réadaptation des travailleurs aux prises avec des troubles musculo-squelettiques

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs s'est doté en cours d'année d'un nouveau service de réadaptation des travailleurs accidentés avec blessures musculo-squelettiques. Ainsi, les travailleurs qui demeurent avec des restrictions médicales fonctionnelles qui entravent leur retour au travail sont pris en charge dans le cadre d'un programme de retour au travail adapté.

Ce nouveau programme a été mis en place en octobre 2008 pour une durée de deux ans et a fait l'objet d'une étude prospective ayant démontré le besoin de ce type de programme de réadaptation pour les établissements de la région. Les données statistiques de l'étude nous indiquent en effet que 5 % des dossiers d'absence occasionnent près de 50 % des coûts d'absence. Ainsi, le projet a nécessité l'embauche d'une ressource professionnelle

additionnelle. L'Agence soutient ce projet en assumant 100 % des coûts pour la première année d'opération et un partage à 75 % par l'Agence et 25 % par les établissements pour la deuxième année. Notons que neuf des dix établissements de la région du Bas-Saint-Laurent participent à ce projet.

Les résultats attendus du projet réadaptation ont pour but de réduire de 10 % à 30 % la période et les coûts reliés à ces absences.

Ainsi, le programme de retour au travail adapté a été présenté aux différents comités de direction et aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des huit MRC. Vingt-quatre travailleurs ont bénéficié du programme au cours de l'année 2008-2009. La moyenne de la durée d'absence des travailleurs admis au programme est de 17 mois. Le taux de retour au travail de ces travailleurs à la fin de l'exercice financier est de l'ordre de 75 %, certains dossiers étant toujours en cours.

3.14 Ressources informationnelles et intégration des services

Outre les actions réalisées dans des projets cliniques, d'autres interventions en lien avec le développement des systèmes d'information sont requises afin d'appuyer et de soutenir l'intégration des services. La mise en place des systèmes d'information clinique et administrative doit permettre la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité, l'accessibilité et la sécurité de l'information en temps réel, et ce, afin de soutenir la gestion quotidienne, la prise de décision, l'échange d'information de même que les pratiques cliniques dans une optique d'optimisation et de consolidation des ressources humaines et technologiques.

Le Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2005-2007 a été reconduit en 2008-2009, permettant ainsi de compléter les travaux en cours et de connaître

les orientations ministérielles en prenant en considération l'arrivée prochaine du Dossier de santé du Québec (DSQ) dans notre région et de l'élaboration du PSRRI 2010-2012.

SYSTÈMES D'INFORMATION

Dossier médical électronique des cliniques médicales GMF

Les résultats de laboratoire des CSSS de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et de La Matapédia alimentent le dossier médical électronique des GMF. L'augmentation du nombre des utilisateurs nous a obligés à réviser l'infrastructure et l'architecture de ce système en prévision d'un projet de portail et de l'utilisation d'un identifiant unique pour la clientèle.

Dossier de santé du Québec (DSQ)

De concert avec les travaux réalisés par le MSSS, la région se prépare à la venue du DSQ. Dans ce contexte, certains travaux préparatoires, qui devront se poursuivre en 2009-2010, ont été réalisés avant le déploiement comme tel de ce dossier. Ces travaux concernent la mise en place et la normalisation des index patients des CSSS dans le contexte de l'appariement avec le numéro de dossier de la RAMQ ainsi que la migration des systèmes de laboratoire.

Index maître et appariement à la RAMQ

Des formations ont été données à toutes les archivistes de la région concernant les règles de création et de modification des données nominatives du patient afin d'harmoniser les index selon les nouvelles normes du MSSS. Le déploiement de l'outil d'appariement pour chacun des CSSS débutera à l'automne 2009. Des travaux d'unification de numéro de dossier CSSS sont également en cours dans certains établissements.

Migration du système de laboratoire

Le système d'information en microbiologie a été changé pour le CSSS de Rivière-du-Loup; il est en cours de migration au CSSS de Rimouski-Neigette.

Une analyse de faisabilité est en cours avec les membres de la table régionale des laboratoires, les chefs de laboratoire, les professionnels, les médecins et les spécialistes pour un déploiement en mode multiétablissements. La mise en place de ce mode de déploiement exige une unification des dictionnaires et des tests pour l'ensemble des laboratoires de la région. Des sous-comités de travail commenceront leurs travaux à l'automne 2009. De plus, le mode multiétablissements facilitera le déploiement des résultats de laboratoire dans le DSQ et les échanges d'information avec d'autres systèmes tels que la clinique médicale virtuelle (CMV).

Nouveaux systèmes d'information déployés au cours de l'année

Certains systèmes d'information ont été déployés en cours d'année visant notamment à permettre une vue d'ensemble de l'état des urgences dans le Bas-Saint-Laurent, à faciliter la gestion des plans de soins à domicile de deux CSSS, à numériser les images en radiologie et à faciliter la gestion de la main-d'œuvre.

RÉALISATIONS DES COMITÉS RÉGIONAUX

Des comités aviseurs régionaux se sont réunis régulièrement au cours de la dernière année afin de soutenir les établissements dans la mise en place des systèmes d'information, de la gestion du changement et de l'optimisation des infrastructures et de sécurité. Ces comités sont formés d'un représentant de chaque établissement et animés par la coordonnatrice des ressources informationnelles régionales et des représentants de l'Agence. Ces comités, qui touchent à la sécurité, aux applicatifs utilisés ainsi qu'à la technologie, ont présenté des projets, des préoccupations et des recommandations au Comité directeur des ressources informationnelles pour approbation et consultation.

Réalizations du Comité aviseur de sécurité

- ✎ Validation et suivi de l'état d'avancement des 15 mesures prioritaires de sécurité pour chaque établissement.
- ✎ Séances de travail pour faciliter la catégorisation des actifs informationnels.
- ✎ Formation aux membres sur l'analyse de risque.
- ✎ Ordonnancement des systèmes critiques pour la création d'un plan de continuité des affaires.
- ✎ Planification des activités pour la semaine de la sécurité annuelle qui a eu lieu du 27 au 31 octobre 2008, combinée à l'événement biennal sur la confidentialité avec les

archivistes. Un dépliant de sensibilisation à la sécurité et à la confidentialité a été créé et distribué à tous les employés dans tous les établissements de santé et de services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent.

Réalisations du Comité aviseur applicatif

- Évaluation de la pertinence des changements de version (mises à jour minimalement tous les deux ans) pour les systèmes d'information de gestion des rendez-vous, de requêtes de laboratoire et de radiologie et du dépôt de données cliniques, des demandes de services interétablissements. Évaluation des impacts sur l'organisation des services et sur la continuité des affaires des établissements.
- Recommandations aux fournisseurs afin d'améliorer ou de modifier certaines fonctionnalités des systèmes cliniques. Création de guides, outils et procédures afin de faciliter le soutien et la formation continue aux pilotes cliniques locaux, les échanges d'information et la normalisation de processus.
- Mise en place d'un programme de formation en gestion du changement à la suite de la constatation d'une faiblesse importante dans la gestion du changement lors des mises à jour importantes ou du déploiement d'un nouveau système d'information. Les premières formations ont été axées sur les principes de base et sur les outils. La suite de la formation se déroulera en 2009-2010.
- Production d'une analyse d'impact et de faisabilité concernant l'unification des numéros de dossier des CSSS (CH, CHSLD et CLSC) pour un numéro unique CSSS en collaboration avec les archivistes.

Réalisations du Comité aviseur technologique

Les travaux de ce comité ont principalement porté sur l'utilisation optimale de certains outils ou possibilités technologiques, l'analyse et le test de nouvelles opportunités de type client léger qui

visent à rendre accessibles la technologie sans passer par le micro-ordinateur, les travaux sur l'optimisation des infrastructures ainsi que sur la mise à niveau et le partage des connaissances en créant un réseau d'expertise technique régional.

TECHNOLOGIE ET INFRASTRUCTURES

Des travaux ont été réalisés afin d'améliorer nos systèmes d'archivage de données. Nous avons également procédé à la migration de nos systèmes d'exploitation vers les versions les plus récentes, de même qu'à l'utilisation de nouvelles dispositions technologiques (virtualisation) ainsi qu'à l'augmentation de notre capacité d'archivage afin de faire face à l'ajout de nouveaux systèmes d'information. Finalement, les préparatifs sont amorcés pour la migration et le rehaussement du réseau de télécommunication qui supporte nos systèmes informatiques.

SÉCURITÉ DES ACTIFS

En ce qui concerne la sécurité des actifs informationnels régionaux, différentes actions ont été réalisées en cours d'année. Ainsi, des audits des salles de serveurs ainsi que des équipements des établissements et de l'Agence ont été effectués en prévision de la mise en place des systèmes PACS et de la conformité au réseau de télécommunication en santé et services sociaux. Le rapport d'audit a été remis à chaque établissement avec les recommandations et les travaux à effectuer selon le cas.

Plan de continuité des affaires

Les systèmes d'information critique hébergés au Technocentre ont de la redondance en cas de problème. Par ailleurs, afin d'augmenter la sécurité de notre infrastructure, des travaux sont en cours afin de produire un plan de continuité des affaires dans le cas d'un problème majeur nous obligeant une relève hors site.

SERVICES DE GARDE 24/7

Le système d'appel 24/7 a été amélioré et simplifié afin de nous assurer que les établissements et les fournisseurs puissent nous joindre facilement et en tout temps. Un numéro

unique et un système de rappel automatique toutes les cinq minutes nous assurent que les appels de service seront pris en charge rapidement. Un processus d'escalade automatisé s'active après vingt minutes en cas de non-réponse par le technicien de garde.

3.15 Projets d'immobilisations et achats d'équipements médicaux spécialisés

PROJETS D'IMMOBILISATIONS (FINANCEMENT DU MSSS)

Les principaux projets d'immobilisations en cours pour l'année 2008-2009 concernent les établissements suivants :

CSSS de Rimouski-Neigette

Dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, la première phase du plan directeur immobilier réalisée par l'Hôpital régional de Rimouski, laquelle touchait principalement l'imagerie médicale et la pharmacie, a reçu un avis favorable d'exécution. Pour cette première phase d'une envergure de 17,9 millions de dollars, les appels d'offres ont eu lieu à l'été 2008. Les travaux sont en cours et devraient être complétés vers le début de 2010.

Unité de médecine familiale du KRTB

Dans le cadre du déploiement des unités de médecine familiale, les CSSS de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques se sont regroupés pour mettre en place un projet commun. Ce projet totalisait des investissements en immobilisations et en équipements de 2,2 millions de dollars.

À ce jour, l'agrandissement au CSSS des Basques est complété, de même que l'acquisition des équipements pour le CSSS de Témiscouata (17 000 \$). Les réaménagements et les

équipements sont en bonne voie de réalisation ou d'acquisition pour le CSSS de Rivière-du-Loup (660 300 \$) et le CSSS de Kamouraska (61 200 \$). Un octroi supplémentaire de 232 330 \$ a été accordé au CSSS de Rivière-du-Loup par l'Agence afin de compléter les travaux du secteur de l'orthopédie.

PROJETS D'IMMOBILISATIONS (FINANCEMENT RÉGIONAL)

CSSS de Rimouski-Neigette

Le projet d'agrandissement de la pharmacie du service d'hémo-oncologie nécessite des investissements de plus de 1,4 million de dollars, dont une somme de 867 000 \$ sera versée par le Ministère, alors que le solde sera assumé par la région. À la suite de l'ouverture des soumissions, le budget a été révisé à 2,5 millions de dollars. Les coûts supplémentaires ont été assumés par l'établissement et l'Agence. Les travaux sont complétés depuis mai 2008.

CSSS de Témiscouata

Les travaux prévus dans le cadre d'un projet de 1,2 million de dollars pour réaménager le bloc opératoire de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac sont terminés depuis l'automne 2008. Ces derniers ont permis de rénover l'ensemble des espaces du bloc opératoire en plus de corriger le réseau de gaz médical et la ventilation.

CSSS de La Matapédia

Dans le cadre de l'actualisation de son Plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, des travaux de l'ordre de 1,6 million de dollars sont prévus,

dont un financement de 904 000 \$ provenant du MSSS, le reste des travaux étant assumés par l'établissement et l'Agence. Les travaux en cours devraient être complétés pour le début de l'automne 2009.

SOMMAIRES RÉGIONAUX DES FONDS D'ÉQUIPEMENTS ET D'IMMOBILISATIONS

Les investissements pour des projets d'immobilisations et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations

~ Sécurité	0 \$
~ Vétusté	9 521 183 \$
~ Rénovation fonctionnelle	3 355 924 \$
~ Augmentation de capacité	0 \$
	12 877 107 \$

Équipements

~ Technologies de l'information		1 340 272 \$
• Allocations maintien des actifs informationnels	795 118 \$	
• Med-Écho	49 609 \$	
• Système informatique laboratoire	256 556 \$	
• SIGDU	238 989 \$	
~ Équipements médicaux et autres		10 572 485 \$
• Allocations maintien des actifs équipements médicaux	4 428 404 \$	
• Allocations maintien des actifs équipements non médicaux et mobiliers	1 181 404 \$	
• Ajout d'équipements (consolidation)	122 295 \$	
• Équipements médicaux haute technologie	3 795 000 \$	
• Aides techniques	181 757 \$	
• Équipements maintien à domicile	277 053 \$	
• Oxygénothérapie	55 122 \$	
• Équipements – Circuit du médicament	502 950 \$	
• Autres : Équipements Info-Santé	28 500 \$	
		11 912 757 \$

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspecialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements	Projets	CAT	Subvention
CSSS de Témiscouata	Système d'électrophysiologie à l'effort		45 000 \$
CSSS de Rimouski-Neigette	Accélérateurs linéaires		2 500 000 \$
	Ventilateurs volumétriques (7)		350 000 \$
	Caméra gamma couplée d'un tomodensitomètre		900 000 \$



4

DONNÉES FINANCIÈRES 2008-2009

4.1 Résultats financiers de l'Agence

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

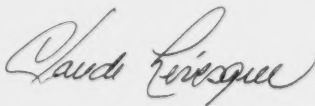
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

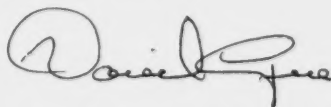
Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

Le président-directeur général,



Claude Lévesque

Le directeur des ressources financières
et matérielles,



Daniel Lévesque, CA

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS



Raymond Chabot
Grant Thornton

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
2^e étage
165, avenue Belzile
Rimouski (Québec) G5L 8Y2

Téléphone : 418 722-4611
Télécopieur : 418 722-4004
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent de l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel est exempt d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

- ➔ l'Agence s'est conformée aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
- ➔ l'Agence s'est conformée aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- les pratiques comptables de l'Agence sont conformes aux normes et définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Agence, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables;
- l'Agence s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
- Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Agence au 31 mars 2009 ainsi que de ses revenus et dépenses et de l'évolution de sa situation financière pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 4.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Agence ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, afin de satisfaire à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Les comptes de l'exercice terminé le 31 mars 2008 présentés aux fins de comparaison proviennent d'états financiers vérifiés par d'autres vérificateurs.

Raymond Habet Jean Thémis S.E.N.C.R.L.

Rimouski, le 29 mai 2009

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 19420

ÉTATS DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2009

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales	Activités accessoires
Subventions MSSS :			
- Budget signifié	01	6 707 771 \$	
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	23 001 \$	
- Variation des revenus reportés – MSSS	03	13 195 \$	
- Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	16 826 \$	
Total (L.01 + L.04)	05	6 760 793 \$	
Revenus d'intérêts	06	21 440 \$	42 997 \$
Revenus commerciaux	07		
Revenus d'autres sources :			
- Recouvrements	08	106 280 \$	17 297 \$
- Ventes de services	09	287 808 \$	
- Subventions du gouvernement fédéral	10		25 618 \$
- Autres subventions	11	105 728 \$	46 938 \$
- Autres revenus	12	9 682 \$	
Total des produits (L.05 à L.12)	13	7 291 731 \$	132 850 \$
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	14	3 938 302 \$	5 318 \$
Avantages sociaux	15	768 723 \$	2 592 \$
Charges sociales	16	512 300 \$	720 \$
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses	17	230 518 \$	12 312 \$
Services achetés	18	513 949 \$	46 357 \$
Communications	19	228 723 \$	21 807 \$
Loyer	20	489 466 \$	
Location d'équipement	21	897 \$	
Fournitures de bureau	22	139 299 \$	795 \$
Transfert à des établissements	23		
Autres frais	24	78 471 \$	
Charges non réparties	25	325 730 \$	
Transfert de frais généraux	26		
Charges extraordinaires	27		
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	7 226 378 \$	89 901 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 – L.28)	29	65 353 \$	42 949 \$
À titre informatif seulement : Contributions (+/-)			
En provenance de l'avoir-propre (+)	30		
En provenance de fonds affectés (+)	31	75 000 \$	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	32		
En provenance du fonds de stationnement (+)	33		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(135 542) \$	
Affectées au fonds de stationnement (-)	35		
Affectées à d'autres fonds (-)	36	(2 530) \$	
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	2 281 \$	42 949 \$

RÉSULTATS

		Exercice courant
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 605 000 \$
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	02	
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	03	(2 581) \$
Contributions des établissements	04	167 152 \$
Revenus d'intérêts	05	3 104 \$
Revenus d'autres sources :	06	207 541 \$
- Recouvrements		
- Ventes de services	07	
- Subventions du gouvernement fédéral	08	
- Autres revenus	09	1 114 991 \$
Total des produits (L.01 à L.09)	10	5 095 207 \$
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	11	1 107 778 \$
Avantages sociaux	12	202 428 \$
Charges sociales	13	164 073 \$
Frais de déplacement et d'inscription	14	155 474 \$
Services achetés	15	2 057 617 \$
Communications	16	88 458 \$
Loyer	17	154 693 \$
Location d'équipement	18	2 582 \$
Fournitures de bureau	19	30 262 \$
Créances douteuses	20	
Autres frais	21	12 305 \$
Transferts de frais généraux	22	
Variation de la provision pour vacances, congés de maladies et fériés	23	(332) \$
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	3 975 338 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 – L.24)	25	1 119 869 \$

À titre informatif seulement : Contributions (+/-)		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	26	2 530 \$
En provenance de fonds affectés (+)	27	59 120 \$
Affectées au fonds d'exploitation (-)	28	
Affectées à des fonds affectés (-)	29	
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	30	
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.25 à L.30)	31	1 181 519 \$

ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, D'IMMOBILISATIONS ET DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2009

SOLDE DE FONDS

			Activités principales 2	Avoir propre 3	Total (C.2 + C.3) 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		10 313 \$	1 830 146 \$	1 840 459 \$
Additions (déductions)		Reports 1			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (déficit) de l'exercice	02	65 353 \$			
Transferts interfonds (provenance) :					
- Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	03				
- Contributions de fonds affectés (+)	04	75 000 \$			
- Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	05				
- Contributions du fonds de stationnement (+)	06				
Transferts interfonds (affectations) :					
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	07	(135 542) \$			
- Contributions à d'autres fonds (-)	08	(2 530) \$			
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	2 281 \$	2 281 \$		2 281 \$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (déficit) de l'exercice	10			42 949 \$	42 949 \$
Transferts interfonds (provenance) :					
- Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	11				
- Contributions du fonds de stationnement (+)	12				
Transferts interfonds (affectations) :					
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	13				
- Contributions au fonds de stationnement (-)	14				
- Contributions à d'autres fonds (-)	15				
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16			42 949 \$	42 949 \$
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre	17				
Libération de surplus	18	(10 313) \$	10 313 \$		
Récupération de surplus	19				
Autres additions (déductions)	20				
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21	(8 032) \$	53 262 \$		45 230 \$
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS :	22				
- Autres redressements	23				
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :					
- Autres charges salariales à payer	24			(136 302) \$	(136 302) \$
- Autres redressements	25				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22 à L.25)	26		2 281 \$	1 747 106 \$	1 749 387 \$

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	6 592 732 \$	213 985 \$
Additions (déductions)			
Excédent (déficit) de l'exercice	02	(135 542) \$	1 119 869
Transferts interfonds (provenance) :			
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	135 542 \$	2 530 \$
- Contributions des activités régionalisées (+)	04		
- Contributions de fonds affectés (+)	05		59 120 \$
Transferts interfonds (affectations) :			
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
- Contributions à des fonds affectés (-)	07		
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	08		
Autres transferts interfonds	09		
Autres additions (déductions)	10		
Variation de l'exercice (L.02 à L.10)	11		1 181 519 \$
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS :			
- Amortissement cumulé des immobilisations	12	(3 762 889) \$	
- Écart de financement - immobilisations	13	(2 829 843) \$	
- Autres redressements	14		
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :			
- Fonds affectés immobilisations et équipements	15		
- Autres charges salariales à payer	16		(11 972) \$
- Autres redressements	17		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.11 à L.17)	18		1 383 532 \$

BILAN DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2009

BILAN

ACTIF		Fonds d'exploitation	Fonds des activités régionalisées
À court terme			
Encaisse	01	2 273 435 \$	1 715 452 \$
Débiteurs :			
- MSSS	02	29 701 \$	91 651 \$
- Établissements	03	140 \$	41 030 \$
- Fonds d'exploitation	04		
- Fonds des activités régionalisées	05		
- Fonds affectés	06		
- Autres	07	69 231 \$	52 614 \$
Intérêts courus	08	2 386 \$	510 \$
Taxes à recevoir	09	39 378 \$	34 932 \$
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 414 271 \$	1 936 189 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	13	754 107 \$	127 583 \$
Autres éléments d'actif	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	3 168 378 \$	2 063 772 \$
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		86 033 \$
Créditeurs :			
- MSSS	17		
- Établissements	18	7 799 \$	136 306 \$
- Fonds d'exploitation	19		
- Fonds des activités régionalisées	20		
- Fonds affectés	21		
- Autres charges salariales à payer	22	132 110 \$	15 476 \$
- Autres	23	393 994 \$	312 593 \$
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24	20 892 \$	
Autres revenus reportés	25	87 107 \$	
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	26	777 089 \$	129 832 \$
Autres éléments	27		
Total – Passif à court terme (L.16 à L.27)	28	1 418 991 \$	680 240 \$
À long terme	29		
TOTAL DU PASSIF (L.28 + L.29)	30	1 418 991 \$	680 240 \$
SOLDE DE FONDS	31	1 749 387 \$	1 383 532 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	3 168 378 \$	2 063 772 \$

BILAN

		Exercice courant
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	01	
Débiteur MSSS	02	
Autres éléments	03	
À long terme		
Immobilisations	04	3 343 230 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - écart de financement - réforme comptable	05	(1 844 351) \$
Autres éléments d'actif	06	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.06)	07	1 498 879 \$
PASSIF		
À court terme		
Emprunts de banque	08	
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	09	
Intérêts courus à payer :		
- Financement Québec	10	
- Corporation d'hébergement du Québec	11	
- Autres	12	
Avance de fonds en provenance des fonds affectés des immobilisations et des équipements - enveloppes décentralisées	13	470 499 \$
Autres éléments	14	
À long terme		
Revenus reportés	15	
Dette à long terme	16	491 847 \$
Financement temporaire CHQ - enveloppes décentralisées	17	536 533 \$
TOTAL DU PASSIF (L.08 à L.17)	18	1 498 879 \$
SOLDE DE FONDS	19	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	1 498 879 \$

BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2009

BILAN

ACTIF		Exercice courant
À court terme		
Encaisse	01	1 417 487 \$
Avances de fonds aux établissements publics	02	11 588 098 \$
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	03	470 499 \$
Débiteurs :		
- MSSS	04	328 716 \$
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	05	
- Établissements	06	
- Fonds d'exploitation	07	
- Fonds des activités régionalisées	08	
- Taxes à recevoir	09	16 006 \$
- Autres	10	13 678 \$
Intérêts courus à recevoir	11	1 457 \$
Placements temporaires	12	
Charges payées d'avance	13	
Autres éléments	14	75 000 \$
Total - Actif à court terme (L.01 à L.14)	15	13 910 941 \$
À long terme		
Subvention à recevoir - provision vacances, congés maladie, fériés	16	7 783 \$
Placements à long terme	17	
Subvention à recevoir - réforme comptable - enveloppes décentralisées	18	43 981 156 \$
TOTAL DE L'ACTIF (L.15 + L.18)	19	57 899 880 \$
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	20	
Emprunts de banque	21	12 136 772 \$
	22	
Intérêts courus à payer :		
- Corporation d'hébergement du Québec	23	
- Financement Québec	24	303 716 \$
- Société d'habitation du Québec	25	
- Autres	26	
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements	27	1 070 \$
- Organismes	28	
- Fonds d'exploitation	29	
- Fonds des activités régionalisées	30	
- Autres charges salariales à payer	31	
- Autres	32	235 088 \$
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	33	
Autres revenus reportés	34	
Provision pour vacances, congés maladie et fériés	35	7 783 \$
Autres éléments	36	
Total - Passif à court terme (L.20 à L.36)	37	12 684 429 \$
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	38	43 977 981 \$
TOTAL DU PASSIF (L.37 + L.38)	39	56 662 410 \$
SOLDE DE FONDS	40	1 237 470 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.39 + L.40)	41	57 899 880 \$

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2009

SOLDE DES FONDS

		Exercice courant
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	5 212 396 \$
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	02	(25 041) \$
Transferts interfonds (provenance) :		
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	
- Contributions des activités régionalisées (+)	04	
- Contributions de fonds affectés (+)	05	
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	06	
- Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	
- Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08	
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	
Transferts interfonds	10	(59 120) \$
Autres additions (déductions)	11	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(84 161) \$
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS	13	(50 982 882) \$
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :		
- Autres charges salariales à payer	14	
- Autres redressements	15	
- Écart de financement - réforme comptable - enveloppes décentralisées	16	47 092 117 \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 à L.16)	17	1 237 470 \$

ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés des immobilisations et des équipements

Fonds affectés

Exercice terminé le 31 mars 2009

RÉSULTATS

		Des immobilisations	Des équipements
PRODUITS			
MSSS	01		
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03		
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	04		
Subvention MSSS pour :			
- le remboursement de la dette-capital	05	381 \$	2 794 \$
- le remboursement de la dette-intérêt	06		2 854 262 \$
Ajustement de la subvention à recevoir - réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	07		
Revenus de placements	08		
Autres revenus :			
- Subvention du gouvernement fédéral	09		
- Autres subventions	10		
- Autres	11		
Total des produits (L.01 à L.11)	12	381 \$	2 857 056 \$
CHARGES			
Établissements	13		
Organismes	14		
Intérêts sur emprunts :			
- Corporation d'hébergement du Québec	15		862 948 \$
- Financement Québec	16		1 991 314 \$
	17		
- Autres intérêts sur emprunts	18	381 \$	2 794 \$
Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	19		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	20		
- Avantages sociaux	21		
- Charges sociales	22		
- Frais de déplacement et d'inscription	23		
- Services achetés	24		
- Location d'équipement	25		
- Fournitures de bureau	26		
- Autres charges d'exploitation	27		
Autres charges	28		
Total des charges (L.13 à L.28)	29	381 \$	2 857 056 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12- L.29)	30		

SOLDE DES FONDS

		Des immobilisations	Des équipements
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 255 097 \$	1 635 668 \$
Additions (déductions)			
Excédent (déficit) de l'exercice	02		
Transferts interfonds (provenance) :			
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
- Contributions des activités régionalisées (+)	04		
- Contributions de fonds affectés (préciser) (+)	05		
Transferts interfonds (affectation) :			
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
- Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
- Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		
Autres additions (déductions)	10		
Variation de l'exercice (L.02 à L.10)	11		
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS	12	(2 255 097) \$	(48 727 785) \$
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :			
- Autres charges salariales à payer	13		
- Autres redressements	14		
- Écart de financement - réforme comptable - enveloppes décentralisées	15		47 092 117 \$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.11 à L.15)	16		

Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements

Fonds 009 – Services préhospitaliers d'urgence

Exercice terminé le 31 mars 2009

RÉSULTATS ET SOLDE DU FONDS

		Répétitif 1	Non répétitif 2	Total (C.1+C.2) 3
PRODUITS				
MSSS	01	15 154 443 \$	62 034 \$	15 216 477 \$
Crédits régionaux	02			
Variation revenus reportés MSSS et crédits régionaux	03			
Revenus autonomes	04	3 292 421 \$		3 292 421 \$
Revenus de placements	05		34 033 \$	34 033 \$
Autres revenus :				
- Subvention du gouvernement fédéral	06			
- Autres subventions	07			
- Autres	08		4 264 \$	4 264 \$
Total des produits (L.01 à L.08)	09	18 446 864 \$	100 331 \$	18 547 195 \$
CHARGES				
Contrats minimaux de services d'ambulance	10	15 536 869 \$		15 536 869 \$
Particularités régionales	11	230 000 \$	199 997 \$	429 997 \$
Éléments rectifiables	12		231 350 \$	231 350 \$
Centre de communication santé	13	1 815 788 \$		1 815 788 \$
Formation	14	238 653 \$		238 653 \$
Assurance qualité	15	107 069 \$		107 069 \$
Allocation de retraite	16		62 034 \$	62 034 \$
Médicaments	17		21 875 \$	21 875 \$
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	18			
Attribution à des organismes	19			
Ajustements des années antérieures	20		(14 989) \$	(14 989) \$
Premiers répondants	21			
Déplacement des usagers	22			
Charges d'exploitation :				
- Salaires	23			
- Avantages sociaux	24			
- Charges sociales	25			
- Frais de déplacement et d'inscription	26			
- Services achetés	27			
- Location d'équipement	28			
- Fournitures de bureau	29			
- Autres charges d'exploitation	30			
Autres charges	31		15 828 \$	15 828 \$
Total des charges (L.10 à L.31)	32	17 928 379 \$	516 095 \$	18 444 474 \$
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 - L.32)	33			102 721 \$
SOLDE DU FONDS				Montant
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	34			317 422 \$
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	35			102 721 \$
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	36			
Autres transferts interfonds	37			
Autres additions (déductions)	38			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.34 à L.38)	39			420 143 \$

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2008-2009

Exercice terminé le 31 mars 2009

		Exercice courant 2008-2009	Exercice précédent 2007-2008
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2008-2009 inscrit dans le système SBF-R	01	482 643 375 \$	457 059 813 \$
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	435 243 990 \$	411 565 160 \$
Allocations aux organismes communautaires	03	14 700 708 \$	13 237 611 \$
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	453 963 \$	265 810 \$
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	450 398 661 \$	425 068 581 \$
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	21 112 505 \$	18 099 618 \$
Autres – Programme d'externat en soins infirmiers	07	2 400 \$	1 200 \$
TOTAL (L.05 à L.07)	08	471 513 566 \$	443 169 399 \$
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	11 129 809 \$	13 890 414 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	10	2 664 544 \$	5 583 167 \$
- Comptes à payer non signifiés	11	6 084 445 \$	7 726 395 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	12	322 788 \$	189 174 \$
- Comptes à payer non signifiés	13	1 886 599 \$	164 616 \$
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	10 958 376 \$	13 663 352 \$
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	171 433 \$	227 062 \$
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16		

Information additionnelle			
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	41 182 652 \$	
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	41 182 652 \$	

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

NOTE 2 – MODIFICATIONS COMPTABLES

Introduction

Les principes directeurs du Manuel de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont révisés et mis en application rétroactivement au 1^{er} avril 2008 de façon que soit appliquée la comptabilité d'exercice pour les dépenses et les revenus des établissements. La révision s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus du secteur public publiés par l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA). En ce qui concerne certains éléments spécifiquement exclus de la comptabilité d'exercice par le passé, l'impact de l'harmonisation est pris en charge par le MSSS au moyen de subventions à recevoir confirmées aux établissements publics.

Conséquemment, le 1^{er} avril 2008, l'Agence a appliqué les principes comptables suivants.

Rémunération

La dépense de rémunération, plus particulièrement les vacances, les congés fériés, les congés mobiles, les congés à titre de mesure de rétention, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante, incluant les charges sociales, doit être comptabilisée selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Ainsi, les dépenses sont constatées dans les résultats de l'exercice financier au cours duquel elles sont engagées, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement. Auparavant, ce type de dépenses était comptabilisé lors du débours et les montants accumulés étaient présentés à titre d'information. Conséquemment à l'application de la comptabilité d'exercice, les obligations découlant des dépenses de rémunération courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce poste est portée aux dépenses de l'exercice. L'Agence a constaté à titre de rémunération à payer les vacances courues, les congés fériés, les congés mobiles, le résidu de la banque de congés de maladie gelée et la banque de congés de maladie courante, incluant les charges sociales y afférentes en date du 1^{er} avril 2008, pour un montant de 877 903 \$. Par conséquent, une subvention à recevoir équivalente du MSSS a été comptabilisée. La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du MSSS est présentée au solde de fonds.

Montant non subventionné

Les charges salariales à payer, telles que les heures supplémentaires et les banques d'heures et les charges sociales y afférentes au 31 mars 2008, doivent être comptabilisées pour le 1^{er} avril 2008 au solde de fonds du fonds approprié si l'Agence n'a pas établi un tel compte à payer au 31 mars 2008. L'inscription d'un compte à payer au 1^{er} avril 2008 ne fait pas l'objet d'une subvention à recevoir du MSSS.

Créditeurs

Intérêts courus à payer au 31 mars

Les créditeurs sont dorénavant comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Ainsi, les intérêts courus à payer au 31 mars sur toutes les dettes de l'Agence doivent être comptabilisés, de même que toute dette relative à des travaux effectués, à des marchandises reçues ou à des services rendus. Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 394 248 \$ à titre d'intérêts courus au 1^{er} avril 2008. Par conséquent, un montant à recevoir équivalent du MSSS a été comptabilisé. La contrepartie des frais courus et de la subvention à recevoir du MSSS est présentée au solde de fonds du fonds approprié.

Immobilisations

Contrairement aux exercices antérieurs, les immobilisations doivent être comptabilisées au coût et amorties selon une méthode logique et systématique, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Auparavant, aucun amortissement n'était comptabilisé à titre de dépense.

Conséquemment, l'Agence a constaté un montant de 3 762 889 \$ à titre d'amortissement cumulé au 31 mars 2008 pour les immobilisations détenues au 31 mars 2008. Un montant équivalent a été comptabilisé au solde de fonds du fonds d'immobilisations.

Ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs

À compter de l'exercice 2008-2009, tout ajustement des revenus et des dépenses des exercices antérieurs est porté aux résultats de l'exercice en cours, à l'exception des redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur importante dans le rapport financier annuel d'un exercice antérieur qui doivent être portés au solde de fonds du fonds approprié. Auparavant, les ajustements étaient comptabilisés aux soldes de fonds sans égard à la nature de l'ajustement.

Dette à long terme

Financement temporaire -- enveloppes décentralisées

L'établissement doit ajuster, au 1^{er} avril 2008, les montants présentés à l'actif et au passif du bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2008 à titre de « financement temporaire à réaliser à la fin » en fonction des montants qui seront confirmés par le Ministère. La contrepartie au montant de 30 885 792 \$ a été inscrite au solde de fonds du fonds affecté concerné. À compter de l'exercice 2008-2009, le

financement temporaire à réaliser n'est plus inscrit par l'Agence. De plus, les confirmations d'enveloppes budgétaires par le Ministère à l'Agence ne doivent plus être comptabilisées comme débiteurs et créditeurs par l'Agence.

Ces changements ont été appliqués rétroactivement sans retraitement des chiffres de l'exercice précédent et ont entraîné une augmentation (diminution) des postes du rapport financier annuel comme suit :

Fonds d'exploitation

➤ Augmentation des autres créditeurs	737 281 \$
➤ Augmentation de la subvention à recevoir – réforme comptable	737 291 \$
➤ Augmentation des intérêts courus à payer	-- \$
➤ Diminution du solde de fonds	136 302 \$

Fonds d'immobilisations

➤ Augmentation de l'amortissement cumulé	3 762 889 \$
➤ Augmentation (diminution) de la subvention à recevoir – réforme comptable	2 829 843 \$
➤ Augmentation des intérêts courus à payer	-- \$
➤ Augmentation des revenus reportés	-- \$
➤ Augmentation (diminution) du solde de fonds	(6 592 732 \$)

Présentation au rapport financier annuel

Provision pour créances douteuses

Les revenus doivent être présentés au brut et la provision pour créances douteuses doit être incluse dans les dépenses de l'Agence. La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'Agence.

Autres fonds

Un état des revenus et dépenses a été ajouté pour chacun des fonds.

La nouvelle exigence couvre seulement les informations à fournir et n'a pas d'incidence sur les résultats financiers de l'Agence.

NOTE 3 – PRINCIPALES DIFFÉRENCES AVEC LES PRINCIPES COMPTABLES GÉNÉRALEMENT RECONNUS

Ce rapport annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les règles comptables utilisées aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

- i) Le rapport financier annuel ne comprend pas d'état des flux de trésorerie.

- ii) L'information requise relative aux instruments financiers n'est pas présentée dans les notes complémentaires.
- iii) L'état des résultats des différents fonds n'est pas présenté de façon comparative.
- iv) Les modifications comptables sont appliquées rétroactivement sans retraitement des chiffres comparatifs.
- v) L'information relative au coût des stocks passé en charges et d'autres informations relatives aux stocks exigées en vertu du chapitre 3031 – Stocks du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) – ne sont pas présentées dans les états financiers.
- vi) L'information relative à la gestion du capital exigée en vertu du chapitre 1535 – Information à fournir concernant le capital du Manuel de l'ICCA – n'est pas présentée dans les états financiers.

NOTE 4 – CONVENTIONS COMPTABLES

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférentes. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'Agence pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus du secteur public publiés par ICCA.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers et présentent donc une importance particulière :

- ⌘ Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- ⌘ Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluent tout don ou legs, le cas échéant, transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relient. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.

- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions provenant exclusivement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds d'un établissement, sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère.
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services que l'Agence rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'elle est appelée à fournir.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations, le cas échéant, sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'Agence reçoit les immobilisations et virés aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 \$ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, le cas échéant, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement, sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

✎ Aménagements des terrains	10 à 20 ans
✎ Bâtiments	20 à 50 ans
✎ Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
✎ Matériels et équipements	3 à 15 ans
✎ Équipements spécialisés	12 à 25 ans
✎ Matériel roulant	5 ans
✎ Développement informatique	5 ans
✎ Réseau de télécommunication	10 ans
✎ Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du Ministère.

Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Activités complémentaires

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux;

Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'Agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc.

Activités de type commercial

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

NOTE 5 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 53 962 059 \$ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 0,959 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 41 825 287 \$ du crédit autorisé ne sont pas utilisés au 31 mars 2009. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2010.

NOTE 6 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2009	2008
✎ Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 \$, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	692 790 \$	451 684 \$
✎ Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,98 % et 7,97 % est payable semestriellement.	44 313 572 \$	46 640 433 \$
Solde	45 006 362 \$	47 092 117 \$
✎ Tranche échéant à moins d'un an	11 837 737 \$	3 238 950 \$
TOTAL	33 168 625 \$	43 853 167 \$

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	11 837 737 \$
2011	4 742 918 \$
2012	6 603 681 \$
2013	2 499 323 \$
2014	13 893 124 \$
	39 576 783 \$

NOTE 7 – RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics, au régime de retraite des fonctionnaires ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement. Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 8 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 décembre 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2009 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 643 481 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2010	575 165 \$
2011	574 566 \$
2012	572 769 \$
2013	572 769 \$
2014	572 769 \$
2015 et subséquentes	259 506 \$
	3 127 544 \$

NOTE 9 – OPÉRATION ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 – ÉVENTUALITÉ

L'Agence fait l'objet de poursuites pour un montant d'environ 4 029 000 \$ pour des réclamations de dommages et intérêts. La direction est d'avis que ces poursuites sont non fondées et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard. De plus, un montant de 3 200 000 \$ est couvert par les assurances.

NOTE 11 – CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

4.2 Allocations des ressources financières aux établissements

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2007-2008	2008-2009
CSSS de Kamouraska	30 834 274 \$	32 108 175 \$
CSSS de Rivière-du-Loup	68 868 789 \$	74 117 309 \$
CSSS de Témiscouata	26 493 515 \$	27 734 956 \$
CSSS des Basques	11 608 470 \$	12 591 245 \$
CSSS de Rimouski-Neigette	122 366 868 \$	129 818 812 \$
CSSS de La Mitis	33 200 727 \$	35 291 835 \$
CSSS de La Matapédia	27 778 890 \$	28 820 333 \$
CSSS de Matane	34 717 692 \$	36 100 516 \$
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	24 266 232 \$	25 956 574 \$
CRDI du Bas-Saint-Laurent	24 727 848 \$	25 510 676 \$
TOTAL	404 863 305 \$	428 050 431 \$

SURPLUS OU DÉFICITS DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2007-2008	2008-2009
CSSS de Kamouraska	0 \$	0 \$
CSSS de Rivière-du-Loup	235 475 \$	139 339 \$
CSSS de Témiscouata	0 \$	86 569 \$
CSSS des Basques	(484 457 \$)	(46 631 \$)
CSSS de Rimouski-Neigette	(400 970 \$)	222 317 \$
CSSS de La Mitis	88 \$	630 676 \$
CSSS de La Matapédia	10 517 \$	53 685 \$
CSSS de Matane	81 747 \$	(131 122 \$)
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	44 974 \$	162 883 \$
CRDI du Bas-Saint-Laurent	178 190 \$	14 653 \$
TOTAL	(334 436 \$)	1 132 369 \$

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2008-2009 : 16

b) Montants totaux au 31 mars 2009 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	☞ Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	6 321 551 \$	0 \$
Catégorie	☞ Équilibre budgétaire	6 105 500 \$	0 \$
	☞ Traitement différé	216 051 \$	0 \$
	☞ Revenus tierce responsabilité	0 \$	0 \$
Type	☞ Immobilisations (autorisé par l'Agence et le MSSS)	3 985 152 \$	1 343 825 \$
Catégorie	☞ Projets autofinancés	1 053 453 \$	0 \$
	☞ Projets autofinancés – Économie d'énergie	2 551 389 \$	963 515 \$
	☞ Projets financés par les activités accessoires	380 310 \$	380 310 \$

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2009 :

☞ Dépenses courantes de fonctionnement : 1,35 %

☞ Dépenses en immobilisations : 0,85 %

d) Depuis le 1^{er} avril 2000, avec l'application du projet de loi n° 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 \$.

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un soutien et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que tous les établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible déficitaire maximale autorisée pour l'exercice financier 2008-2009.

Selon la cible déficitaire maximale annuelle autorisée par le Ministère, la somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 257 \$ en 2008-2009. Le montant réel du surplus global régional s'établit à 1 132 369 \$. Par ailleurs, pour l'exercice financier 2008-2009, seuls le CSSS des Basques et le CSSS de Matane ont présenté un déficit d'exploitation de 46 631 \$ et 131 122 \$ respectivement. La cible déficitaire maximale autorisée a toutefois été respectée par ces derniers.

4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2007-2008	Enveloppe 2008-2009
Alcoolisme et toxicomanie		
Aux Trois Mâts	47 500 \$	48 213 \$
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	194 750 \$	300 543 \$
Unité Domrémy de Ville St-Pascal Inc.	10 515 \$	10 673 \$
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	237 500 \$	252 989 \$
Unité Domrémy de Causapscal	8 178 \$	8 301 \$
Unité Domrémy de Luceville	1 752 \$	1 778 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	23 366 \$	23 716 \$
Unité Domrémy de Saint-Gabriel – relais communautaire	11 686 \$	11 861 \$
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	240 908 \$	266 539 \$
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	10 515 \$	10 673 \$
Maison L'Odyssée pour joueurs compulsifs	7 000 \$	3 500 \$
Total Alcoolisme et toxicomanie	793 670 \$	938 786 \$
Familles		
Maison de la famille du Kamouraska	12 789 \$	12 981 \$
Les Grands amis de la région de Matane	19 537 \$	30 000 \$
Grands amis de la Vallée	17 391 \$	25 000 \$
Pivot-Famille Mitis	12 280 \$	12 464 \$
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	58 418 \$	59 294 \$
Les Grands amis de Rimouski	38 272 \$	38 846 \$
Les Grands Amis du KRTB	22 692 \$	30 000 \$
Maison de la famille du Témiscouata	12 574 \$	12 763 \$
Ressources familles des Basques	4 914 \$	4 989 \$
Centre Écllosion inc.	0 \$	10 000 \$
Maison des familles de Rimouski-Neigette	0 \$	10 569 \$
Total Familles	198 867 \$	246 906 \$
Déficiência physique ou intellectuelle		
Ass. de personnes handicapées l'Éveil des Basques Inc.	55 454 \$	59 233 \$
Association pocatoise des personnes handicapées Inc.	36 428 \$	40 793 \$
L'Association des handicapés gaspésien	45 202 \$	55 606 \$
L'Ass. des pers. handicapées du Kamouraska Est Inc.	25 810 \$	40 793 \$
Les Amiram de la Vallée inc.	37 837 \$	56 270 \$
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons Inc.	28 487 \$	55 765 \$
La Maison des tournesols	13 437 \$	13 639 \$
Regroupement des dynamiques de Rimouski	11 485 \$	12 000 \$
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	36 173 \$	36 716 \$
Ass. de pers. handicapées Entre-Amis du Témiscouata	49 589 \$	57 588 \$
Ass. des pers. handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	71 250 \$	72 319 \$
Association de la déficiência intellectuelle (Rég. Rimouski)	25 436 \$	32 000 \$
Association Multi-défis	39 322 \$	58 445 \$
Ass. autisme et autres TED Est-du-Québec	69 900 \$	70 949 \$
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	65 637 \$	66 622 \$
Ass. québécoise pour les enfants atteints d'audi-muti, BSL	16 659 \$	16 909 \$
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	26 805 \$	45 000 \$
Répît-Loisirs Autonomie	11 000 \$	15 000 \$
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	21 000 \$	15 000 \$
Ressource d'aide aux pers. hand. du Bas-St-Laurent/Gaspésie	0 \$	20 000 \$
Total Déficiência physique ou intellectuelle	686 911 \$	840 647 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2007-2008	Enveloppe 2008-2009
Centres de bénévolat		
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	9 346 \$	9 486 \$
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	7 011 \$	7 116 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	19 386 \$	19 677 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	25 023 \$	25 398 \$
Centre d'action bénévole de la Mitis	25 534 \$	24 562 \$
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	19 861 \$	20 159 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	9 930 \$	10 079 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	9 346 \$	9 486 \$
Total Centres de bénévolat	125 437 \$	125 963 \$
Santé physique et publique		
Association du cancer de l'Est du Québec	6 543 \$	180 215 \$
Les Diabétiques amis du K.R.T.B.	14 900 \$	15 124 \$
Arc-en-ciel du cœur	8 406 \$	30 000 \$
Diabète Bas St-Laurent inc.	32 850 \$	33 343 \$
Centre périnatal Entre Deux Vagues	0 \$	135 090 \$
Association des stomisés du Grand-Portage	0 \$	10 000 \$
Total Santé physique et publique	62 699 \$	403 772 \$
Personnes démunies		
Moisson Kamouraska	44 984 \$	68 589 \$
La Cuisine collective de la région de Matane	36 271 \$	42 196 \$
Moisson Vallée Matapédia	64 484 \$	71 632 \$
Unité Domrémy de Mont-Joli	20 397 \$	43 866 \$
Moisson Rimouski-Neigette Inc.	68 369 \$	64 924 \$
Cuisines collectives de Dégelis	47 449 \$	46 895 \$
Cuisines collectives du Haut-Pays	35 692 \$	34 932 \$
Carrefour d'Initiatives populaires de R.D.L.	53 832 \$	60 147 \$
Tandem-Jeunesse	237 500 \$	259 596 \$
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	302 600 \$	327 729 \$
Le Répit du passant	241 330 \$	292 769 \$
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli Inc.	192 500 \$	242 769 \$
Cuisines Collectives de Cabano	20 902 \$	25 127 \$
Serv. de dépannage alimentaire du Témiscouata	16 591 \$	15 556 \$
Femmes en éveil de Price	0 \$	14 479 \$
Comptoir de linge À la boutonnière	0 \$	9 135 \$
Total Personnes démunies	1 382 901 \$	1 620 341 \$
Assistance et accompagnement		
Centre d'ass. et d'acc. aux plaintes – Bas-St-Laurent	0 \$	0 \$
Hébergement femmes		
La Gigogne Inc.	578 260 \$	629 129 \$
La Débrouille	605 982 \$	651 016 \$
L'Autre-Toit du KRTB	555 470 \$	609 452 \$
Total Hébergement femmes	1 739 712 \$	1 889 597 \$
CALACS		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	241 090 \$	244 556 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	57 648 \$	84 983 \$
Total CALACS	298 738 \$	329 539 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2007-2008	Enveloppe 2008-2009
Centres de femmes		
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	170 348 \$	174 240 \$
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	163 962 \$	171 363 \$
Regroupement des femmes de la région de Matane	168 904 \$	170 400 \$
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia Inc.	164 604 \$	172 800 \$
La Maison des femmes de la région de Rimouski	166 148 \$	170 495 \$
Centre-femmes du Grand-Portage	169 015 \$	177 841 \$
Le Centre de femmes du Ô-Pays	163 966 \$	170 403 \$
Centre de femmes du Témiscouata	163 961 \$	170 402 \$
Centre Femmes de la Mitis	163 888 \$	178 800 \$
Total Centres de femmes	1 494 796 \$	1 556 744 \$
Conjoints violents		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	132 649 \$	133 395 \$
Trajectoires hommes du KRTB	132 649 \$	163 395 \$
Total Conjoints violents	265 298 \$	296 790 \$
Maison des jeunes		
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	76 946 \$	78 077 \$
Carrefour des jeunes de La Pocatière	78 368 \$	79 520 \$
Quartier-jeunesse 1995	78 367 \$	79 519 \$
Maison des jeunes de Matane	99 660 \$	101 148 \$
La Jeunathèque d'Amqui inc.	94 243 \$	95 650 \$
La Maison des jeunes de Causapscal	64 835 \$	65 732 \$
La Maison des jeunes de Sayabec	72 672 \$	73 739 \$
La Maison des jeunes de Mont-Joli Inc.	102 326 \$	104 863 \$
Maison des jeunes de Rimouski	99 660 \$	101 148 \$
La Maison des jeunes du Bic	72 672 \$	73 739 \$
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	72 672 \$	73 739 \$
Centre-jeunes de Cacouna	35 597 \$	35 982 \$
Maison Entre-Deux de Cabano	33 667 \$	34 060 \$
Maison des jeunes Pirana	33 667 \$	34 060 \$
La Maison des jeunes de St-Épiphanie	64 835 \$	65 732 \$
La Maison des jeunes de Val-Brillant	35 367 \$	28 347 \$
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	42 167 \$	42 724 \$
Place des jeunes de Squatec	38 898 \$	39 370 \$
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	56 637 \$	57 411 \$
Corporation du comité jeunesse 1997	35 119 \$	35 497 \$
Maison des jeunes « La Piôle »	22 953 \$	23 148 \$
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	42 166 \$	42 723 \$
Point service St-Gabriel (Jeunes Mt-Joli)	67 268 \$	67 268 \$
Total Maisons de jeunes	1 420 762 \$	1 433 196 \$
Justice alternative		
Fonds jeunesse B.B.R. Inc.	183 869 \$	186 627 \$
Justice alternative du KRTB Inc.	143 069 \$	145 215 \$
Total Justice alternative	326 938 \$	331 842 \$
Concertation régionale		
Mouvement action communautaire Bas St-Laurent	85 621 \$	101 906 \$
ROCASM du Bas du Fleuve	22 118 \$	13 232 \$
Total Concertation régionale	107 739 \$	115 138 \$
Mesures reliées au SIDA		
M.A.I.N.S. Bas-St-Laurent	123 250 \$	125 269 \$

ORGANISMES	Enveloppe 2007-2008	Enveloppe 2008-2009
Santé mentale		
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale	5 000 \$	0 \$
Périscope des Basques	75 989 \$	77 129 \$
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	97 159 \$	98 616 \$
Centre alt. en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	103 847 \$	103 476 \$
Rayon de partage en santé mentale	96 897 \$	98 350 \$
La Maison des tournesols	95 528 \$	96 961 \$
Ass. can. pour la santé mentale, filiale du Bas du Fleuve	151 535 \$	156 632 \$
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	722 602 \$	754 087 \$
P.L.A.I.D.D du Bas-du-Fleuve	81 700 \$	85 784 \$
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	111 501 \$	113 174 \$
Centre prévention suicide du KRTB	156 559 \$	167 399 \$
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	321 828 \$	328 361 \$
Source d'espoir du Témis. Inc.	104 372 \$	105 938 \$
La Lueur de l'Espoir du Bas Saint-Laurent inc.	145 674 \$	144 634 \$
Total Santé mentale	2 270 191 \$	2 330 541 \$
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	11 297 909 \$	12 585 071 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN MAINTIEN À DOMICILE

ORGANISMES	2007-2008	2008-2009
Maintien à domicile et AVD		
Relais Santé (Matane)	25 446 \$	50 000 \$
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	116 837 \$	118 590 \$
Centre d'action bénévole de la Mitis	109 103 \$	110 740 \$
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	98 457 \$	99 934 \$
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	94 061 \$	95 472 \$
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	167 314 \$	169 824 \$
Popote le gourmet roulant Inc.	7 011 \$	7 116 \$
Les Bourgeois de la Mitis	119 925 \$	143 432 \$
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	128 153 \$	130 075 \$
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	297 880 \$	317 747 \$
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	58 832 \$	59 714 \$
Centre d'action bénévole région Témis inc.	284 696 \$	306 936 \$
Comité d'accompagnement La Source Inc.	13 459 \$	30 000 \$
Coup de main à domicile de Rimouski	146 820 \$	172 383 \$
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	126 559 \$	132 637 \$
Les Services à domicile de la région de Matane	134 820 \$	174 669 \$
Services Kam-Aide inc.	139 270 \$	150 694 \$
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	13 932 \$	20 000 \$
Logis-Aide des Basques	78 414 \$	81 753 \$
Total Maintien à domicile et AVD	2 160 989 \$	2 371 716 \$
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	13 458 898 \$	14 956 787 \$
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	142	148

* Il peut arriver qu'on dénombre plus d'une fois un même organisme si celui-ci reçoit des subventions pour différents programmes et inclut les entreprises d'économie sociale, des organismes rattachés à un autre ministère et des organismes hors région.

Les subventions listées ci-dessus proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2007-2008	2008-2009
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	11 152 097 \$	12 134 848 \$
Aide à la vie domestique	1 069 841 \$	1 215 830 \$
Stimulation précoce et Politique Santé Bien-Être	37 643 \$	38 208 \$
Soutien à la concertation régionale	87 448 \$	88 760 \$
Per diem pour les organismes d'hébergement	84 504 \$	0 \$
Autres allocations récurrentes	355 459 \$	478 346 \$
Autres allocations non récurrentes	671 906 \$	1 000 795 \$
	13 458 898 \$	14 956 787 \$

ANNEXES

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT- LAURENT

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008

Préambule

La gestion d'un organisme public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre ce dernier et les citoyens. C'est dans ce contexte et conformément à Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le Code civil ainsi qu'en lien avec les dispositions législatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, ci-après nommée la LSSSS) et les pratiques et normes de gestion qui en découlent que les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après l'Agence) adoptent le présent code d'éthique et de déontologie.

Objet

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs sont soumis, prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (article 321 du Code civil du Québec).
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui est conféré, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert l'Agence (article 406 de la LSSSS et article 322 du Code civil du Québec).
4. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour accomplir ses fonctions, doit assister aux réunions du conseil et participer activement, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.
7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
9. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.
10. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances.
11. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration.

12. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration, mais par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.
13. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion.
14. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'Agence. À cet effet, le membre :
 - 14.1. Doit éviter de discuter de problèmes de gestion interne avec une ou des personnes employées par l'Agence, en demandant que tels problèmes soient soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;
 - 14.2. Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration.
15. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et de la population desservie.
16. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'Agence.

Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts

17. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'Annexe I du présent code.
18. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
19. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'Agence, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'Agence.
20. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
21. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination, ou dès que sa situation change.
22. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'Agence.
23. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

Identification de situations de conflits d'intérêts

24. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
25. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
26. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :
 - 26.1. Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés.
 - 26.2. N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :
 - 26.2.1. Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
 - 26.2.2. Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
 - 26.2.3. Utilise le nom de l'Agence, ses symboles ou emblèmes, de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;
 - 26.2.4. Participe à l'embauche ou à la promotion d'un membre de sa famille ou d'autres personnes avec qui il est lié;
 - 26.2.5. Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;
 - 26.2.6. Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.
27. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au président-directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue.
28. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
29. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
30. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
31. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en avvertir le président du conseil d'administration.

Pratiques reliées à la rémunération

32. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
33. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens; il ne peut utiliser

à son profit ou pour le compte d'autrui les biens de l'Agence ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (article 323 du Code civil du Québec).

34. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

35. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
36. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (article 400 de la LSSSS).
37. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

38. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, les débats, les échanges et les discussions de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.
39. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts de l'Agence.
40. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

Mécanismes d'application du code

41. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
42. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
43. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
44. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
45. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.
46. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.
47. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

48. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête, le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
49. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
50. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
51. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.
52. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
53. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions (article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).
54. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'Annexe II du présent code.

Mise en vigueur, accessibilité et publication du code

55. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
56. L'Agence doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
57. Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état :
 - 57.1. Du nombre et de la nature des signalements reçus et des cas traités;
 - 57.2. Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, si sanctions;
 - 57.3. Du nom des personnes concernées pourvu que la situation soit libre de tout litige.

Dispositions diverses

58. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
59. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé tous les trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.
60. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

RAPPORT ANNUEL 2008-2009 ET AVIS DU FORUM DE LA POPULATION

Dépôt au conseil d'administration de l'Agence le 17 juin 2009

MOT DU PRÉSIDENT DU FORUM DE LA POPULATION

Mesdames,
Messieurs,
membres du conseil d'administration de l'Agence,

J'ai le plaisir, en mon nom personnel et au nom des membres du Forum de la population, de vous déposer le rapport des activités que nous avons réalisées au cours de la dernière année.

Depuis notre rencontre de septembre 2008, nous avons eu l'occasion d'échanger sur plusieurs sujets que ce soit à partir de nos propres expériences de citoyens et d'utilisateurs des services du réseau de la santé et des services sociaux ou encore par le concours de professionnels de l'Agence.

D'entrée de jeu, il nous est apparu important de porter à votre attention que le Forum a travaillé dans un esprit constructif au cours des derniers mois et qu'il se dégage de nos échanges des pistes d'action que nous avons le plaisir de porter à votre connaissance aujourd'hui.

1. RAPPEL DU MANDAT

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

2. COMPOSITION

	NOM	MRC
1	Guy Dubé	Rivière-du-Loup
2	Madeleine Magnan	Rivière-du-Loup
3	Jean-François Tremblay	Rivière-du-Loup
4	Marie-Laure Bossé	Témiscouata
5	Marcelle Roussel	Les Basques
6	Poste vacant	Les Basques
7	Poste vacant	Kamouraska
8	Dorice Dubé	Rimouski-Neigette
9	Annie Lachance	Rimouski-Neigette
10	Hugues Langlois	Rimouski-Neigette
11	Marcel Lebel	Rimouski-Neigette
12	Poste vacant	Rimouski-Neigette
13	Ghislaine Beaulieu	La Mitis
14	Ariane Ouellet	La Mitis
15	Jean-Yves Thériault	La Matapédia
16	Françoise Tremblay	La Matapédia
17	Michel Côté	Matane
18	Kathleen Bouffard	Matane
	René Dumont	Membre délégué par le PDG de l'Agence

3. FRÉQUENCE DES RENCONTRES

Au cours de la dernière année, les membres du Forum de la population se sont réunis à six reprises et ont assisté à une conférence téléphonique, soit les :

- 28 mai 2008
- 24 septembre 2008 (rencontre plénière avec les membres du conseil d'administration)
- 16 octobre 2008
- 4 décembre 2008
- 12 mars 2009
- 23 avril 2009
- 7 mai 2009 (conférence téléphonique grippe H1N1)

4. COMMENTAIRE GÉNÉRAL SUR L'ANNÉE 2008-2009

Dans le contexte des travaux réalisés en 2007-2008 et de leur rencontre de mai 2008, les membres du Forum ont tenu à ce que leurs travaux soient recentrés sur des volets moins administratifs et plus en lien avec leur préoccupation de citoyens. C'est ainsi que la planification des ordres du jour a été modifiée en faisant un tour de table sur les *Bons coups* et les préoccupations des membres du Forum.

C'est, dans ce contexte, qu'a eu lieu la rencontre avec les membres du conseil d'administration de l'Agence le 24 septembre 2008. À la suite de cet échange, les axes de travaux suivants ont été privilégiés au cours de l'année 2008-2009 :

- Des échanges sur les réflexions des membres sur les *Bons coups* et les aspects vécus ou perçus tant au plan local que régional concernant le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui a amené des échanges plus spécifiques sur certaines des préoccupations émises;
- La participation des membres à titre de « focus group » relativement à certaines activités de communication en planification à l'Agence;
- La participation de certains membres du Forum de la population à deux rencontres entre l'Agence, les CSSS et le Conseil des maires des MRC;
- La prise de connaissance d'un résumé des suites apportées aux avis produits par le Forum entre 2003 et 2005.

5. ÉCHANGES TENUS, COMMENTAIRES ET AVIS DES MEMBRES DU FORUM

Dans ce volet, les membres du Forum tiennent à présenter aux membres du conseil d'administration les réflexions qu'ils ont eues, au cours de la dernière année, sur différents sujets tels que l'accès aux médecins de famille, les services aux jeunes sous l'angle de la prévention et sur les services aux personnes âgées sous l'angle de la disponibilité de l'information sur les services, leur accessibilité et leur continuité.

Le tableau suivant fait ressortir les principales préoccupations émises ainsi que les pistes d'action issues des discussions des membres du Forum lors des tours de table réalisés dans le contexte de la nouvelle dynamique de fonctionnement des rencontres.

<i>Bons coups et préoccupations</i>	<i>Pistes d'action</i>
L'information à la population sans médecin de famille sur le processus de soutien mis en place.	Assurer régulièrement la promotion du numéro de téléphone de chaque établissement pour supporter la clientèle dite « <i>orpheline de médecin de famille</i> ». À ce sujet, les membres du Forum tiennent à souligner de manière particulière leur appréciation du principe d'équité territoriale considéré dans les travaux de l'Agence dans le cadre des plans d'effectifs médicaux.
Pour la clientèle jeunes, accent sur le décrochage scolaire, la violence, le manque de discipline, le suicide, la consommation de drogue, l'accès aux services d'orthophonie, etc.	Accentuer les efforts visant à offrir aux jeunes, près de leur milieu, une gamme d'activités préventives et de soutien coordonné et en arrimage avec les services plus spécialisés, lorsque requis (ex. : services du Centre jeunesse). Assurer une meilleure complicité avec les services disponibles dans la communauté.

Bons coups et préoccupations	Pistes d'action
Pour la clientèle des personnes âgées, l'accès et la coordination des services, le manque d'activités physiques, l'appropriation du contenu de la politique de soutien à domicile et particulièrement, pour le soutien aux proches aidants.	Poursuivre les travaux des projets cliniques en favorisant un arrimage plus étroit des services des CSSS (maillage avec les médecins, les autres intervenants du CSSS, les services aux personnes présentant des maladies chroniques) et des alliances avec les services disponibles dans la communauté (meilleure information et arrimage entre les différents services). À la lumière des travaux de la Conférence régionale des éluEs Bas-Saint-Laurent concernant les aînés et le dossier du transport, étudier des mesures potentielles d'amélioration de l'accompagnement ou du soutien financier pour les déplacements vers les soins médicaux.
Au niveau du personnel du réseau, le sentiment de surcharge et d'essoufflement, la nécessité de la valorisation du personnel.	Identifier ou explorer de nouvelles manières de rendre les services accessibles, de supporter et de mobiliser le personnel, de mettre en place des mesures attractives pour la main-d'œuvre et de mener des activités pour valoriser le personnel en place et en faire des ambassadeurs auprès des plus jeunes.
Plusieurs <i>Bons coups</i> ont été rapportés, telles la vaccination de masse, la venue de nouveaux GMF, l'implication de certains CSSS dans des activités avec les municipalités (ex. : journée de la santé) et les fiches sociosanitaires.	Mettre en place des moyens visant à connaître et à faire connaître les <i>Bons coups</i> du réseau, et ce, en plus des activités de reconnaissance effectuées par les prix de reconnaissance de l'Agence.

À partir de ces pistes d'action, les membres du Forum de la population désirent formuler aux membres du conseil d'administration de l'Agence un avis à l'effet de porter, au cours des prochains mois, une attention particulière à :

- La consolidation des activités de prévention en général, mais plus particulièrement au niveau des jeunes.
- La priorité à accorder aux services de première ligne accessibles dans chacun des territoires de CSSS avec une préoccupation au niveau de trois clientèles, soit les personnes âgées, celles présentant des maladies chroniques ainsi que les jeunes.
- À la valorisation du personnel, au recrutement et à la rétention de la main-d'œuvre.
- Accorder plus d'attention aux secteurs sur lesquels on a une influence profitable.

Par ailleurs, afin de donner un poids stratégique à ces secteurs, les membres du Forum suggèrent à l'Agence d'inclure des mesures spécifiques à ce sujet à l'intérieur de sa prochaine planification stratégique.

6. PARTICIPATION AUX RENCONTRES ENTRE L'AGENCE, LES CSSS ET LE CONSEIL DES MAIRES DES MRC

Au moment d'écrire ce rapport, des rencontres ont été tenues dans les MRC de La Mitis et de Rivière-du-Loup. Pour les membres qui y ont assisté, ces rencontres s'avèrent une occasion intéressante d'échange avec le milieu municipal. Bien que le Forum entend formuler des commentaires et avis plus substantiels une fois tous les territoires rencontrés, les membres tiennent à souligner à l'Agence leur appréciation d'avoir proposé ce type d'échange et de les avoir intégrés à la démarche.

Les membres du Forum considèrent que ce type de rencontre devrait être maintenu et amélioré sur une base régulière. Ils invitent l'Agence et les CSSS à accélérer la réalisation des rencontres et à les ouvrir à d'autres publics dans un objectif de favoriser une meilleure information et de permettre l'adhésion de la population aux enjeux et priorités du réseau.

7. TRAVAUX RÉALISÉS, COMMENTAIRES ET AVIS DES MEMBRES DU FORUM

Dans ce volet, sont principalement abordés les sujets où les membres du Forum ont apporté une contribution sur les activités de communication envisagées par l'Agence dans deux grands dossiers :

- La vaccination contre l'influenza saisonnière, essentiellement l'exercice de vaccination de masse réalisé à l'automne 2008;
- La production régionale d'outils de communication visant à soutenir le transport actif et la marche sécuritaire en soirée dans le cadre de la programmation *Plaisirs d'hiver*.

AVIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

À la suite des travaux réalisés à ce sujet, les membres du Forum de la population tiennent à adresser l'avis suivant aux membres du conseil d'administration de l'Agence.

Le recours aux membres du Forum de la population à titre de « focus group » pour bonifier les outils ou activités de communication a été apprécié et a permis d'apporter une contribution intéressante des membres aux activités de l'Agence.

Les membres du Forum formulent donc à l'Agence leur intérêt à maintenir leur contribution à ce type de travaux.

Par ailleurs, les membres du Forum tiennent à sensibiliser le conseil d'administration sur certains axes à mieux soutenir en regard de l'information à la population et qui devraient faire l'objet d'une attention particulière.

Pour ce faire, les membres désirent formuler aux membres du conseil d'administration de l'Agence un avis à l'effet de favoriser la tenue, de réaliser elle-même ou en partenariat, d'activités de communication axées sur :

- La valorisation de l'image du réseau et des 4 Rons coups.
- La valorisation du personnel du réseau.
- L'intensification de l'information à la population, portant particulièrement, mais de manière non limitative, sur les sujets suivants :
 - La promotion de certains services, tel le service Info-Santé;
 - La promotion en continu du numéro de téléphone permettant aux personnes vulnérables de se trouver un médecin de famille.
- L'uniformisation de l'information concernant les services et l'identification des numéros de téléphone des établissements, par exemple dans les Pages jaunes.

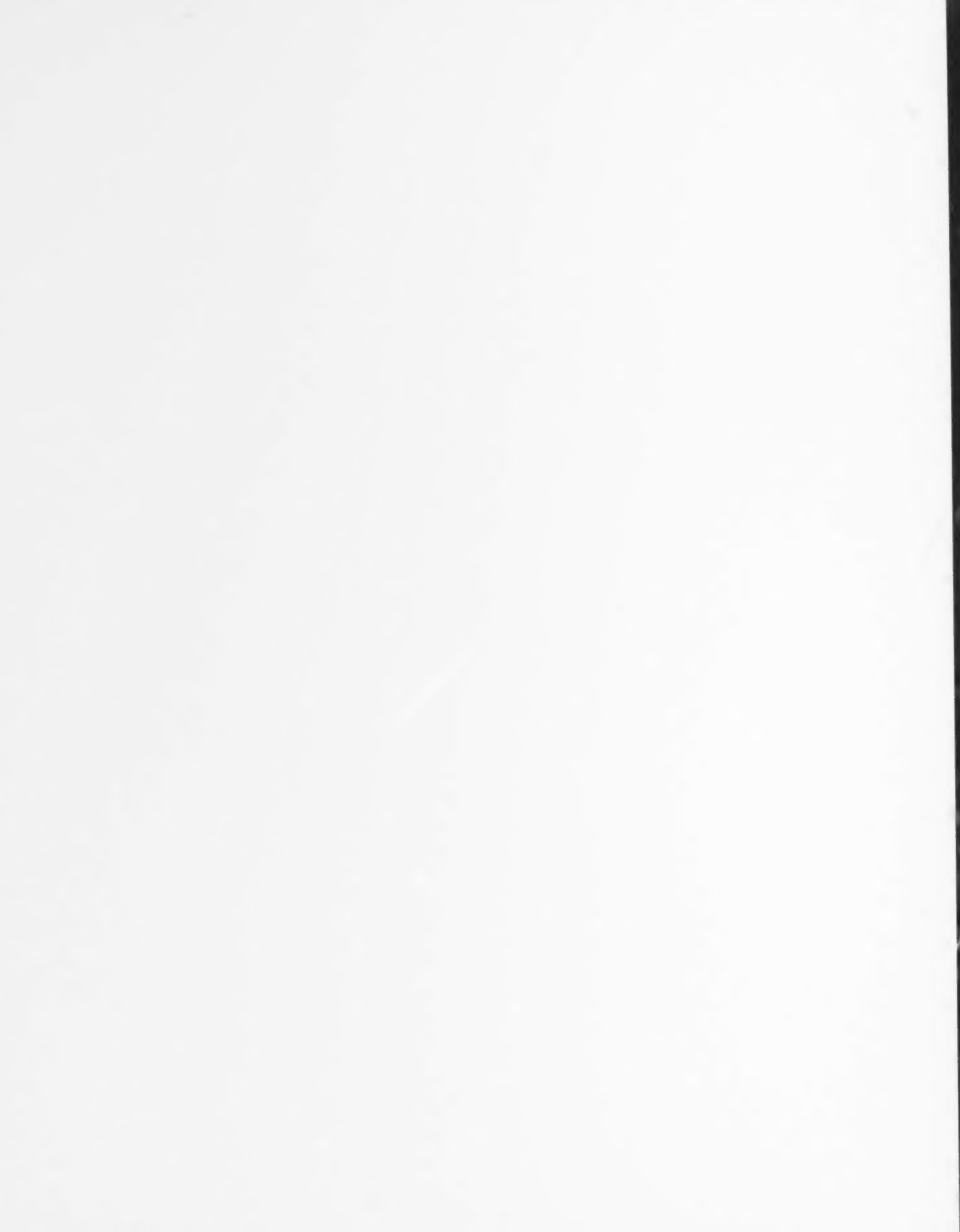
8. CONCLUSION

L'année 2008-2009 a été l'occasion pour les membres du Forum de la population de réaliser des travaux qui leur ont redonné le sentiment d'apporter une contribution spécifique aux travaux du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. L'accent porté sur les activités de communication et sur les sujets de préoccupations portés par les membres a favorisé la création d'un climat d'échange et d'ouverture propice à l'actualisation du mandat du Forum.

Bien que certains membres aient dû quitter le Forum en cours d'année pour des raisons personnelles, la qualité de la participation de chacun a été sollicitée et encouragée. Les membres du Forum invitent l'Agence à publier ce document dans son rapport annuel afin que la population qui en prendra connaissance puisse apprécier la contribution qu'un groupe de citoyens peut apporter à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent.

Enfin, il est important de souligner le support constant de madame Huguette Pelletier et de monsieur René Dumont dans le cheminement des travaux du Forum. Les rapports des discussions étaient fidèles, adéquats et bien présentés. Les dossiers préparés par monsieur Dumont nous ont permis d'en saisir les éléments significatifs et ainsi, nous aider à mieux accompagner notre compréhension. Nous leur adressons nos remerciements de même qu'au président-directeur général, monsieur Claude Lèvesque, qui a partagé nos échanges à quelques reprises.







Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

